

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

MARIA CRISTINA DI LOLLO

PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE E
ATENDIMENTO PSICOLÓGICO:
REVISÃO DE ESCOPO E REFLEXÃO SEGUNDO
O REFERENCIAL PSICANALÍTICO

SÃO CARLOS -SP

2021

MARIA CRISTINA DI LOLLO

PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE E ATENDIMENTO PSICOLÓGICO:
REVISÃO DE ESCOPO E REFLEXÃO SEGUNDO O REFERENCIAL PSICANALÍTICO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de doutora em Ciências da Saúde área de concentração: Cuidado e trabalho em Saúde e enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

São Carlos-SP
2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Maria Cristina Di Lollo, realizada em 20/08/2021.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão (UFSCar)

Profa. Dra. Georgina Carolina de Oliveira Faneco Maniakas (UFSCar)

Profa. Dra. Elenice Bertanha Consonni (UNESP)

Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi (UFSCar)

Prof. Dr. Walter José Martins Migliorini (UNESP)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

DEDICATÓRIA

Dedicado ao Daniel Castells, que ilumina a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Universo Espiritual por todas as dádivas e proteções a mim concedidas.

À Prof.^a Dra. Anamaria Alves Napoleão, minha orientadora, muita gratidão por todo conhecimento compartilhado, mas especial e fundamentalmente pela relação de real orientação e muita compreensão, paciência e tolerância com as minhas dificuldades e as nossas diferenças de formação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar – Doutorado em Ciências da Saúde e a todos os seus docentes pela oportunidade dada ao meu desenvolvimento acadêmico.

Ao Departamento de Psicologia da UFSCar, onde fui bem acolhida e respeitada na minha singularidade acadêmica. Neste Departamento inúmeros colegas, funcionários e amigos foram incansáveis no estímulo e colaboração ao desenvolvimento da minha formação. Muito agradecida aos colegas que me substituíram nos afastamentos para dedicação ao doutorado.

A todas as pessoas renais crônicas que meus estagiários e eu encontramos e tentamos cuidar ao longo da nossa trajetória, com as quais muito mais aprendemos do que contribuímos.

À minha analista Ana Rita Nuti Pontes, a qual devo imensa gratidão por tanto!!! Mas, no que se refere a este doutorado, jamais me deixou esmorecer!!!

Aos Membros efetivos e suplentes da Banca de Qualificação e Doutorado pela generosidade em participar e contribuir ao meu desenvolvimento.

Ao Serviço de Nefrologia da Santa Casa de São Carlos que, durante 22 anos, acolheu nosso trabalho de atendimento psicológico. À Psicóloga do setor da época, Andréia Ferreira, parceira querida de todos, e a todos os alunos que foram estagiários amorosos com os pacientes, em especial, da primeira turma de Psicologia da UFSCar, que inaugurou o estágio comigo.

À Prof.^a Dra. Beatriz Maria Jorge, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, pela parceria e ajuda preciosa e generosa em relação à metodologia deste trabalho.

Aos meus colegas da UFSCar, ou não, estudiosos e apaixonados da psicanálise, que muito me ensinaram nesses anos, em especial Georgina Maniakas, Richard Theisen Simanke e Marília Gonçalves, Walter Migliorini e Cássia Regina Rodrigues.

Ao Prof. Dr. Alex Pessoa, atual Chefe do Departamento de Psicologia, pela ajuda e generosidade – sobretudo com a documentação dos meus afastamentos nestes tempos de

pandemia – e ao José Olavo Kasmin, secretário do Departamento de Psicologia da UFSCar, pela constante e generosa ajuda.

Ao meu amigo e supervisor, o psicanalista Nilton Bianchi, por tanto ensinamento e ajuda, companheiro fundamental online da Pandemia.

Aos meus amigos da nona turma do Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto, cujas parcerias amorosas e entusiasmadas para estudar Psicanálise foram fundamentais e muito me estimularam a concluir este trabalho.

Ao Instituto de Psicanálise da Sociedade de Psicanálise de Ribeirão Preto pela oportunidade de me desenvolver em Psicanálise, em especial a todos os coordenadores de seminários, colegas e funcionários do Instituto.

À Prof.^a Dra. Priscilla Hortense pelo estímulo, ensinamentos, ajuda, parceria e disponibilidade!!!

À Psicóloga e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Ciências da Saúde do Departamento de Enfermagem, Viviane Barbosa, pela parceria e ajuda!!!

À Prof.^a Dra. Sonia Zerbetto pela ajuda e parceria.

Às Professoras Doutoras Sílvia Carla André Uehara e Fernanda Berchelli Girão Miranda pelas contribuições.

Às minhas e meus colegas e amigos do Departamento de Psicologia da UFSCar pelo constante estímulo nos momentos de desânimo, especialmente à Prof.^a Dra. Maria Stella Coutinho de Alcântara Gil, Prof.^a Dra. Débora de Hollanda Souza, Prof.^a Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis, Prof.^a Dra. Azair Liane Matos do Canto de Souza e Prof.^a Dra. Elizabeth Joan Barham.

Ao meu amigo e colega Prof. Dr. Eduardo Name Risk, companheiro incansável e diário de pandemia que tanto me ajuda no trabalho remoto!

Aos meus amigos e colegas de estrada que muito contribuíram em estímulo, companheirismo e parceria: Prof.^a Dra. Maria Aparecida Franco, Prof. Dr. Antonio Franco, Prof.^a Dra. Juliane Campos, Prof.^a Dra. Karina Gramani Say, Prof.^a Dra. Flávia Gomes Pilleggi Gonçalves, Prof.^a Andreia Aparecida Contini Rodrigues, Prof. Dr. Renato Augusto Zorzo, Prof.^a Dra. Leandra Andréia de Sousa.

Aos meus amigos e colegas da Clínica da Dor, especialmente à Prof.^a Dra. Karina Gramani Say e Prof. Dr. Fernando Augusto Vesilceac.

Ao André Nicolau pela amizade carinhosa e colaboração com o inglês. E ao Ricardo Picoli pelo estímulo e indicações.

A inúmeros colegas, egressos do curso de Psicologia da UFSCar, que ajudaram com conhecimentos e contribuições de outras abordagens e metodologias: Marlon Alexandre de

Oliveira, Letícia Isaac, Victória E. Vescovi Sellitto, Ingrid Correa Del Tedesco, Maria Elisa Fenerich.

À formatadora do trabalho, Maria Carolina do Carmo Gurgel, que mais do que formatadora foi incansável em sua disponibilidade e parceria.

Ao Fernando Molan por tantas ajudas com os computadores!!!

A Prof^a Paola Fialho pelo carinho e generosidade na revisão do texto.

Aos meus familiares, irmão Prof. Dr. José Augusto de Lollo, primas e primos, em especial à Regina Mazzetto pela presença contínua e amorosa nos dias difíceis!

Aos meus pais, tias e tios falecidos, amores saudosos e eternos, constantes apoiadores do que significa meu desenvolvimento.

Ao Baba Olutoye.

Às minhas eternas amigas de infância: Maria Cristina Gonçalves Ribeiro, Jurema Deienno Pansani, Roseli Silva Salomão e Susana Morandini Bombig. Às amigas preciosas: Aina Márcia de Freitas Colli, Prof.^a Dra. Adriana Sparenberg de Oliveira, Cláudia Regina Pedro, Eliana Avezum de Moraes, Idavir Colli Trebien e Maria Alice Oliveira.

“O pulso ainda pulsa
E o corpo ainda é pouco...”

(Marcelo Fromer / Antonio Bellotto / Arnaldo Filho)

RESUMO

Fruto da experiência clínica de 20 anos de atendimento psicológico a pacientes renais crônicos em hemodiálise e em virtude de lacuna identificada na literatura acerca de atendimento psicológico a esses pacientes – especialmente estudos utilizando a fundamentação teórica e técnica da psicanálise –, o presente estudo se justifica pela alta prevalência desta doença na população e pelos inúmeros sinais de sofrimento psíquico. Objetivou-se identificar o estado do conhecimento sobre atendimento psicológico a pacientes renais crônicos e refletir sobre a contribuição da psicanálise nesse contexto. Uma revisão de literatura com base na metodologia para revisões de escopo do Instituto Joanna Briggs foi conduzida para identificar publicações sobre atendimento psicológico a pacientes renais crônicos em hemodiálise, consultando-se as bases PubMed, LILACS, CINAHL, EMBASE, PsycINFO. Foram considerados também documentos correspondentes à literatura cinza. A amostra final foi composta por 23 artigos. Foram encontrados estudos utilizando diferentes fundamentos teóricos técnicos, diferentes tipos de intervenções psicológicas e todos referem ter identificado melhora nos sintomas psíquicos, no enfrentamento e na adaptação ao tratamento e nas novas condições de vida. Entre os estudos que compuseram a amostra, foram identificados aqueles utilizando a teoria comportamental cognitiva (N=7), a análise do comportamento (N=2), a psicoterapia de orientação psicanalítica (N=2), a psicologia positiva (N=1), entre outros. Quanto ao tipo de estudo, foram identificados, principalmente, aqueles com características de estudo descritivo (N=5), estudos experimentais randomizados (N=3), estudos de caso (N=03), com características de relatos de experiência (N=3), com características de quase experimento (N=2), estudos clínicos de grupo único (N=2), relatos de experiência (N=2). De modo geral, os estudos relatam melhorias na qualidade de vida, nos sintomas de humor e depressão, melhora clínica e na saúde mental. No entanto, as características metodológicas dos estudos não são suficientes para gerar evidências fortes e permitir generalizações com segurança, o que aponta para a necessidade de produção de mais estudos sobre a temática. Apresenta-se, neste estudo, uma reflexão acerca da psicossomática psicanalítica e suas possíveis contribuições, a partir de intervenção psicológica aos pacientes renais crônicos em hemodiálise, com base na promoção da capacidade de representação e simbolização dos afetos. Conclui-se que, em geral, o conhecimento produzido e

divulgado nas bases de dados consultadas sobre o atendimento psicológico a pacientes renais crônicos aponta para escassez de estudos e lacunas metodológicas, com ausência, por exemplo, de estudos longitudinais ou realizados com amostras mais expressivas de pacientes. Identificou-se, ainda, a necessidade de maior rigor metodológico em relação às intervenções psicológicas realizadas, com apresentação de definições conceituais e operacionais mais consistentes.

Palavras-chave: Atendimento psicológico. Hemodiálise. Psicossomática psicanalítica.

RESUMO EM LÍNGUA ESTRANGEIRA

The result of the 20 years clinical experience of psychological support for patients with chronic kidney disease in hemodialysis, and due to the lack of literature about psychological support for such patients, particularly studies using the theoretical and technical foundation of psychoanalysis, the present study is justified by the high prevalence of this disease in the population and by its countless signs of psychological distress. The objective was to identify the status of the knowledge about psychological support for patients with chronic kidney disease and to reflect on the contribution of psychoanalysis in this context. A literature review, based on the scoping review methodology of Instituto Joanna Briggs, was conducted to identify publications about psychological support to patients with chronic kidney disease in hemodialysis, using the databases PubMed, LILACS, CINAHL, EMBASE and PsycINFO. Documents pertaining to grey literature were also considered. The final sample was composed by 23 articles. The studies found were using different theoretical and technical foundations and different types of psychological interventions, and all of them reportedly identified improvement of psychic symptoms, coping and adaptation to the treatment and the new life conditions. Among the studies that composed the sample, a number of them were using cognitive behavior theory (N=7), behavior analysis (N=2), psychoanalytic oriented psychotherapy (N=2), positive psychology (N=1), among others. On the kind of studies identified, there were mostly studies with descriptive study characteristics (N=5), randomized experimental studies (N=3), case studies (N=3), studies with experimental report characteristics (N=3), studies with quasi-experimental characteristics (N=2), single-group clinical studies (N=2) and experimental reports (N=2). In general, the studies report improvements in quality of life, in the symptoms of distressed mood and depression, and improvement in clinical and mental health. However, the methodological characteristics of the studies are not enough to generate strong evidence and allow safe generalizations, which indicates the need for production of more studies about the subject. This study also presents reflection on the psychoanalytic psychosomatics and its possible contributions, by means of psychological support to patients with chronic kidney disease in hemodialysis, based on the promotion of affect representation and symbolization. The conclusion is that, in general, the knowledge produced and published in the consulted databases, about psychological support to patients with chronic kidney disease, indicates a lack of studies and methodological gaps, with an absence, for example, of longitudinal studies or others performed with more expressive samples of patients. It was also identified the need for greater methodological rigor in relation to the psychological interventions performed, with the presentation of more consistent conceptual and operational definitions.

Keywords: Psychological support. Hemodialysis. Psychoanalytic psychosomatics.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Diagrama de fluxo PRISMA para o processo de revisão de escopo..... 61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos elementos do mnemônico PCC para a formulação da questão de pesquisa	48
Quadro 2 - Classificação dos descritores mediante o mnemônico PCC. Ribeirão Preto-SP.....	51
Quadro 3 - Estratégias de busca utilizadas na base de dados LILACS e número de referências obtidas. Ribeirão Preto – SP	53
Quadro 4 - Estratégias de busca utilizadas na base de dados PubMed e número de referências obtidas. Ribeirão Preto – SP	53
Quadro 5 - Estratégias de busca utilizadas na base de dados CINAHL e número de referências obtidas. Ribeirão Preto-SP	54
Quadro 6 - Estratégias de busca utilizadas na base de dados PsycINFO e número de referências obtidas. Ribeirão Preto – SP	54
Quadro 7 - Estratégias de busca utilizadas na base de dados <i>Web of Science</i> e número de referências obtidas. Ribeirão Preto – SP	55
Quadro 8 - Estratégias de busca utilizadas na base de dados <i>EMBASE</i> e número de referências obtidas. Ribeirão Preto – SP	55
Quadro 9 - Estratégias de busca utilizadas na literatura cinza e número de referências obtidas. Ribeirão Preto – SP	56
Quadro 10 – Artigos que compuseram a amostra quanto à numeração, autores, ano de publicação e título. Ribeirão Preto – SP	62
Quadro 11 - Distribuição dos artigos, segundo o período de publicação. Ribeirão Preto – SP.....	64
Quadro 12 - Distribuição dos artigos, segundo o país de realização do estudo. Ribeirão Preto – SP.....	65
Quadro 13 - Distribuição dos artigos, segundo o tipo do estudo. Ribeirão Preto – SP	66
Quadro 14 – Modalidades de intervenção relatadas nos estudos que compuseram a amostra. Ribeirão Preto – SP	67
Quadro 15 – Objetivos dos estudos, intervenção realizada, síntese dos resultados e conclusão. Ribeirão Preto – SP	69
Quadro 16 – Estudos experimentais e quase-experimental e seus resultados.....	77

LISTA DE SIGLAS

AC	Antes de Cristo
APA	<i>American Psychological Association</i>
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BIREME	Biblioteca Virtual em Saúde do Centro Latino- Americano e do Caribe de Informações em Ciências de Saúde
C	Controlado
CAPES	Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior
CBT	<i>Cognitive Behavioural Therapy</i>
CI	Critérios de Inclusão
CINAHL	<i>Cumulattive Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COMUT	Comutação Bibliográfica
CPCI-S	<i>Social Sciences Citation Index; Arts and Humanities Citation Index; Conference Proceedings Citation Index – Science</i>
CPCI-SSH	<i>Conference Proceedings Citation Index - Social Science & Humanities</i>
Cs	Consciente
DAHLIA	<i>Developing Affective Health to Improvi Adherence</i>
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DeCS	Descritores da Ciência da Saúde
DM	<i>diabetes mellitus</i>
DOU	Diário Oficial da União
DP	Desvio Padrão
DRC	Doença Renal Crônica
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th edition</i>
EMBASE	<i>Excerpta Medica Database</i>
ESRD	<i>End Stage Renal Disease</i>

GAD	<i>General Anxiety Disorder</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HAM-D	<i>Hamilton Rating Scale for Depression</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HD	Hemodiálise
HUFMA Maranhão	Hospital Universitário da Universidade Federal do
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
iCBT	<i>Internet-based Cognitive Behavioural Therapy</i>
Ics	Inconsciente
iDiD	<i>Improving Distress in Dialysis</i>
IPUSP	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
IRC	Insuficiência Renal Crônica
JB1	<i>Instituto Joanna Briggs/The Joanna Briggs Institute</i>
LILACS da Saúde	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências
MEDLINE	<i>Medical Literature Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Heading</i>
MMPI	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>
N =	Quantidade
NC	Não controlado
NLM	<i>National Library of Medicine</i>
NY	Nova York
PCC	População, Conceito e Contexto
PHQ	<i>Patient Health Questionnaire</i>
PHQ9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
Pmp	por milhão da população
PPI	Psicologia positiva baseada na Internet
Pcs	Pré-Consciente
PRISMA <i>Meta-Analyses</i>	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and</i>
PSS	<i>Perceived Stress Scale</i>
PsycINFO ciências sociais	Base de dados em psicologia, educação, psiquiatria,

PubMed	Banco de dados da <i>National Library of Medicine</i>
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
QLI	<i>Quality of Life Index</i>
QV	Qualidade de Vida
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SCI-EXPANDED	<i>Science Citation Index Expanded</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Comportamental Cognitiva
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
USA	<i>United States of América</i>
USP	Universidade de São Paulo
WHOQOL:-BREF abreviada	<i>World Health Organization Quality of Life - versão</i>

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	19
1.1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA / PRESSUPOSTOS TEÓRICOS / REVISÃO DE LITERATURA	19
1.1.1	Doença Renal Crônica	19
1.1.2	Psicossomática Psicanalítica	25
2.	MATERIAIS E MÉTODOS	46
3.	RESULTADOS	60
4.	DISCUSSÃO	80
5.	REFLEXÃO	92
5.1	O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA AO PACIENTE RENAL CRÔNICO EM HEMODIÁLISE	92
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
	REFERÊNCIAS	112
	APÊNDICE	121

APRESENTAÇÃO

Desde a graduação em Psicologia na Universidade de São Paulo (USP), de Ribeirão Preto, já há mais de trinta e cinco anos, desenvolvi interesse profundo pela Psicanálise e sua aplicação ao atendimento psicológico, em especial na área da saúde. Já durante os estágios da graduação, direcionei minha formação a estes interesses, realizando estágios de atendimento psicológico e psicoterapia de orientação psicanalítica em instituições, de início, de saúde mental, e, depois, de saúde em geral. Também já na graduação, comecei o percurso de fazer minha psicoterapia/análise pessoal. Durante o aprimoramento, um tipo de especialização ou residência em saúde mental no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, que cursei imediatamente após a graduação, a vivência no ambiente hospitalar me instigou ao estudo da Psicossomática Psicanalítica. E o caminho natural foi cursar mestrado em Psicologia Clínica no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – São Paulo (IPUSP), com bolsa Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), desenvolvendo a dissertação “O teste de Rorschach” em pacientes com úlcera péptica (LOLLO, 1990). Mantive minha atividade de Psicóloga Clínica, realizando atendimentos psicológicos e psicoterapia de orientação psicanalítica, continuando minha formação teórico-clínica em psicanálise. Alguns poucos anos depois, já mestre em Psicologia Clínica, quando cheguei ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos – São Carlos (UFSCar), em 1995, tinha consolidado a opção de trabalhar com a fundamentação teórico-técnica da Psicanálise aplicada ao atendimento psicológico, especialmente na área da saúde, o que imediatamente pus em prática, contribuindo no recém-criado curso de Psicologia da UFSCar. No ano seguinte, por afastamento de uma docente, recebi a incumbência de orientar as monografias de duas alunas, ambas da área da saúde, ambas referentes a Psicologia Hospitalar. E foi assim que há, aproximadamente vinte anos, a insuficiência renal crônica se infiltrou na minha vida profissional por meio da curiosidade dos alunos da graduação. Entrou na minha vida profissional como costuma se manifestar a doença renal crônica, silenciosa e insidiosa, por meio dos meus então alunos de graduação interessados em pesquisar sobre psicologia da saúde e hospitalar. Na realidade, já tinham escolhido uma fundamentação teórica e um conceito com a orientadora anterior, que foi necessário dar continuidade, o conceito de enfrentamento ou *coping*

da Teoria Comportamental Cognitivista. As alunas queriam pesquisar sobre o enfrentamento de doenças graves, mas, no caso de uma delas, qual doença em si dependeu das possibilidades de coleta de dados autorizada pelo serviço de saúde. Há vinte e cinco anos, as dificuldades do psicólogo para penetrar no ambiente da saúde eram muito maiores do que hoje em dia. Procurando o hospital e seus ambulatorios, encontrou ressonância e autorização no serviço de nefrologia, pois o médico responsável já percebia a necessidade do envolvimento "psi." naquele contexto. Começou a coleta de dados em um ambulatório de hemodiálise e, simultaneamente, começamos um plano de cuidado para aqueles pacientes em hemodiálise, pois era impossível entrevistá-los, conversar com eles e não se comprometer com a intensidade do sofrimento presente. O passo seguinte foi natural, a partir daí, institui um estágio de psicologia hospitalar de atendimento psicológico a pacientes em hemodiálise, que ofereci seguidamente durante vinte anos para os alunos de graduação de segundo a quinto ano. Este tem sido, desde então, um caminho trilhado até hoje numa bela parceria com alunos da graduação em psicologia, pacientes renais crônicos em hemodiálise e profissionais de saúde. Uma longa jornada de atendimento psicológico de orientação psicanalítica a pessoas portadoras de doença renal crônica.

Ao longo destes muitos anos, convivemos com a difícil realidade que esta doença imprime a todos, pacientes e suas relações pessoais, afetivas, sociais, profissionais de saúde, cuidadores... e nos conscientizamos de, a cada dia, desenvolver melhores condições psíquicas em todos para lidar e viver na mais profunda acepção da palavra, dentro daquele contexto. Pesquisamos, buscamos informações, estudamos, desenvolvemos nossa escuta e sensibilidade, mas, sobretudo, aprendemos na companhia, na fala, nos gestos, nos silêncios, nos sonhos, nos delírios, nas emoções dos dialisados, no dia a dia do ambiente da temida/amada/odiada máquina de diálise.

As pesquisas bibliográficas feitas ao longo de todos estes anos para fundamentar a prática evidenciaram uma lacuna na literatura em relação à atuação do psicólogo no cuidado aos pacientes renais crônicos, são encontrados raros trabalhos de fundamentação teórica técnica psicanalítica. Esta lacuna foi um incentivo para a realização deste trabalho.

1. INTRODUÇÃO

1.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA / PRESSUPOSTOS TEÓRICOS / REVISÃO DE LITERATURA

1.1.1 Doença Renal Crônica

A doença renal crônica (DRC) é um problema de saúde mundial com taxas de prevalência crescentes (HILL *et al.*, 2016). Doença renal crônica é um termo geral para alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico. Trata-se de uma doença de curso prolongado, insidioso e que, na maior parte do tempo de sua evolução, é assintomática. Muitos fatores estão associados tanto à etiologia, quanto à progressão para perda de função renal (BRASIL, 2014).

É considerada uma doença crônica não transmissível (DCNT), cuja prevalência vem aumentando de 7 a 10% ao ano, mais que o crescimento populacional (CUSUMANO *et al.*, 2006; HILL *et al.*, 2016, SESSO *et al.*, 2017). Também no Brasil tem havido um aumento da incidência e prevalência da DRC se caracterizando como um problema de saúde pública (SESSO *et al.*, 2017). Dados do censo de 2016 (SESSO *et al.*, 2017) estimam uma incidência de mais de 39.000 pacientes novos por ano submetidos às terapias renais substitutivas, afetando nesta sua fase avançada muito a vida do indivíduo, repercutindo em sua família e necessitando do sistema de saúde um grande aparato humano e tecnológico. Em julho de 2018, o número total estimado de pacientes em diálise era de 133.464. As estimativas das taxas de prevalência e incidência de pacientes em tratamento dialítico por milhão da população (pmp) foram de 640 e 204, respectivamente, com aumentos médios anuais de 23,5 pmp e 6 pmp para prevalência e incidência, respectivamente (SESSO *et al.*, 2020).

Neste novo século, inúmeros fatores, inclusive o avanço do conhecimento científico e tecnológico em saúde, contribuíram para o aumento da expectativa de vida, mas também para uma vida com a convivência com doenças crônicas, apresentando aos profissionais de saúde o desafio de tentar auxiliar as pessoas a conviverem com doenças pela vida toda. Especificamente no que se refere ao psicólogo, fica o desafio de contribuir para uma convivência com a doença com a melhor qualidade de vida mental/emocional possível.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2019), os rins são responsáveis pelas seguintes funções: eliminação de toxinas do sangue por um

sistema de filtração, controle do balanço químico e de líquidos do corpo, regulação da pressão sanguínea, regulação da formação do sangue e dos ossos. As sobrevivências dos indivíduos dependem do funcionamento normal dos órgãos vitais, incluindo o rim. Quando os rins não funcionam corretamente, caracterizando a DRC (doença renal crônica), pode ser necessário fazer diálise, em geral, para o resto da vida, se não houver a possibilidade de um transplante renal. A hemodiálise ou diálise peritoneal são as modalidades possíveis de terapia renal substitutiva para tentar compensar o mau funcionamento dos rins. Ainda segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, as três doenças mais comuns que levam à DRC são a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a glomerulonefrite, o *diabetes mellitus* (DM); mas existem outras que, em menor porcentagem, levam à doença renal crônica. Muitas vezes, enquanto os rins funcionam pelo menos 50%, a insuficiência renal não é percebida, os sintomas são relevados pela pessoa e ainda não é necessária a terapia renal substitutiva. A hemodiálise é indicada para pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica graves, pelo médico nefrologista em avaliação baseada em índices de uma série de exames (SBN, 2019). De maneira simples, a hemodiálise consiste no paciente ser instalado em uma máquina que recebe o sangue dele por um acesso vascular, o qual pode ser uma fístula arteriovenosa ou um cateter. Este sangue é impulsionado na máquina até o filtro de diálise, onde é exposto através de uma membrana a uma solução que retira o líquido e as toxinas em excesso e devolve o sangue limpo ao paciente pelo acesso vascular. Este procedimento tem que ser realizado, pelo menos, de três a quatro vezes por semana e dura, em média, quatro horas. Este tipo de diálise é realizado em ambulatórios de nefrologia com equipe de saúde especializada. Existe também a diálise peritoneal, que pode ser realizada na própria casa do paciente após ele ou alguém da família ser treinado no procedimento. Nesta opção, a filtração do sangue é feita utilizando o peritônio como filtro natural. Um líquido de diálise é colocado na cavidade peritoneal e drenado por meio de um cateter. A solução em contato com o sangue retira as substâncias e o líquido acumulado não eliminados pelos rins. Cada um dos métodos de diálise tem suas indicações, sendo que, no Brasil, é mais comum a hemodiálise na máquina em situação ambulatorial. Na maioria das sessões, o paciente pode minimizar o desconforto se seguir a dieta alimentar e a restrição hídrica recomendada para quem tem a doença renal crônica; mas, algumas vezes, a pessoa poderá sentir queda da pressão arterial, dor de cabeça, câimbras e, por estes motivos, as sessões de

hemodiálise são assistidas por profissionais de enfermagem e medicina. É comum que o paciente tenha algumas comorbidades, sendo as já citadas hipertensão arterial e diabetes mellitus as mais comuns.

Os pacientes cujos sintomas ou doenças sejam de risco para desenvolver DRC tem necessidade de acompanhamento do nefrologista, exames periódicos e, a partir do diagnóstico, o médico recomenda um tratamento inicial conservador, que consiste em medidas clínicas, tais como modificação no estilo de vida e da dieta, remédios que podem ser utilizados para amenizar sintomas, prevenção de complicações e tentativa de desacelerar a piora da função renal. Infelizmente, dentro do conhecimento científico, até o momento, o que se pode é estabilizar ou retardar a progressão da perda da função renal. Quando a doença progride, mesmo com o tratamento até estágios mais avançados, a terapia renal substitutiva passa a ser uma necessidade e o paciente deve ser preparado aos poucos para esta realidade. Mas, lamentavelmente, muitas vezes, a doença é descoberta já em fase avançada (SBN, 2019).

Toda a descrição das características da DRC e da terapia renal substitutiva já nos apresenta inúmeros elementos do impacto e da dimensão deste diagnóstico sobre as pessoas. A DRC traz mudanças significativas no modo de vida do paciente, sobretudo quando a terapia renal substitutiva é necessária. O diagnóstico pode surpreender o paciente que, às vezes, nem sabia que tinha a doença e já há a necessidade da escolha de um método dialítico e preparo de um acesso à diálise (ABDULKADER *et al.*, 2003; AFSAR *et al.*, 2012), requerendo ainda mudanças nos hábitos de vida e a adesão a todas as recomendações e tratamentos para evitar o agravamento da doença. Do ponto de vista psíquico, é despertada muita angústia, ainda mais quando o paciente não apresenta sinais e sintomas evidentes, por exemplo, não sente dor e urina normalmente (FAYER, 2010).

Incontáveis estudos evidenciam as limitações no cotidiano do paciente renal crônico que depende do tratamento dialítico, há perdas e mudanças psicossociais, interferindo em sua qualidade de vida, tais como mudança na alimentação, na imagem corporal, no trabalho, no lazer, na escolaridade, nas relações sociais, afetivas, familiares (MARTINS; CESARINO, 2005; AFSAR *et al.*, 2012; KIM; KANG; WOO, 2018).

Além do tratamento hemodialítico, conforme já citado, o paciente precisa se submeter às restrições hídricas e alimentares, medicações e exames frequentes.

Ainda mais impactante é a necessidade de se submeter a uma cirurgia para fazer a fístula arteriovenosa para o acesso dialítico. Ou, em caso de emergência, há necessidade da instalação de um cateter (ABDULKADER *et al.*, 2003).

Subitamente, o corpo é invadido e marcado concretamente pela doença e, como se não bastasse a vivência interna desta experiência – que podemos pensar até violenta –, há o impacto social, pois as marcas no corpo são visíveis, especialmente o cateter, e a pessoa tem que lidar com a reação social aos sinais externos de que possui uma doença e de que está em tratamento. Ainda que o paciente já conviva com a doença – fazendo tratamento conservador – e tenha um preparo pré-dialítico, o impacto psicológico da entrada na diálise é muito grande.

Há o agravante que, a partir de então, sua rotina incluirá o procedimento dialítico diariamente (se for diálise peritoneal), ou praticamente em dias alternados (se o procedimento for na assustadora máquina de hemodiálise). O paciente, mesmo que já tivesse sintomas e algumas dificuldades com a insatisfatória função renal, tem sua vida completamente transformada: é oficialmente um doente renal que não pode trabalhar nas horas que se dedica ao tratamento, o que inclui deslocamento e tempo de permanência na máquina, realização de exames médicos e consultas frequentes, além de todas as restrições alimentares e hídricas que influenciam muito em sua vida familiar e social. A implantação do cateter ou a cirurgia da fístula, além das marcas da doença e da dor física, mobilizam imensa dor e angústia psíquicas, que se acumularão a outras angústias e impotências diante da rotina envolvida no cuidado dialítico, inclusive a dependência do procedimento dialítico para sua sobrevivência. Todas estas mudanças e limitações passam a fazer parte do dia a dia do paciente renal crônico, o qual tem que tentar assimilar e elaborar a mobilização de angústias bastante profundas. Alguns conseguem se adaptar mais facilmente e de forma mais satisfatória às restrições, às dificuldades, à realidade do tratamento, aceitam a nova rotina diária e a integram a sua vida; mas outros assimilam as informações e até seguem as orientações médicas, mas não conseguem refazer a própria vida; e outros, ainda, têm bastante dificuldade em aderir ao tratamento (NAKAO, 2013).

Ampla literatura descreve os impactos físicos, tais como perdas e disfunções com mudanças corporais, por exemplo, na cor e textura da pele com ressecamento, alteração no apetite e peso (HIGA, 2008), fadiga, dor, câibras musculares,

dificuldade para dormir e insônia, disfunção sexual (ABDEL-KADER; UNRUH e WEISBORD, 2009).

A hemodiálise, principal forma de terapia de substituição renal, tem implicações físicas e psicológicas que podem ter um grande impacto na sexualidade e desempenho sexual de homens e mulheres (BEAL-LLOYD e GROH, 2012), ou seja, por todos estes motivos, pode prejudicar consideravelmente a autoimagem do indivíduo (HIGA, 2008). Chaiviboontham; Phinitkhajorndech e Tiansaard (2020) relatam encontrar 8 grupos de sintomas somáticos: 1) gastrointestinal, 2) musculoesquelético e volume de fluido; 3) neurológico; 4) irritação das membranas mucosas e pele; 5) depressão; 6) distúrbio do sono; 7) sexual; 8) e anêmico.

A objetividade, ainda que necessária, do cuidado da equipe de saúde, mesmo que a cada dia cresçam o conhecimento e a compreensão das dificuldades psicossociais dos pacientes, não dá conta do sofrimento do indivíduo, que viverá a doença a partir da sua singularidade, das suas condições e estrutura psíquicas para lidar com os desafios e as dificuldades que a vida impõe. É a partir das suas condições psíquicas e dos seus recursos internos que o paciente vai vivenciar a experiência da doença, e isso é singular. A literatura científica nacional e internacional, ao longo dos anos, é unânime em descrever a alta prevalência de ansiedade e depressão nas pessoas portadoras da doença renal crônica (DINIZ e SCHOR, 2006; KIMURA e OZAKI, 2006; BARBOSA, BASTOS E ANDRADE, 2007; CHICOLT *et al.*, 2008; CUKOR *et al.*, 2008; FERROZE *et al.*, 2010; GARCÍA-LLANA *et al.*, 2014; GOYAL; CHAUDHURY e SALDANHA, 2018; GAGNIER e PIEPER, 2019 e PRETTO *et al.*, 2020) e como um dos fatores a interferir na qualidade de vida e até no curso do tratamento e da doença (NG *et al.*, 2015; OTTAVIANI *et al.*, 2016, ALMEIDA; MELEIRO, 2000, (MARTINS; CESARINO, 2005; WEISBORD; MCGILL; e KIMMEL, 2007; ABDEL-KADER; UNRUH e WEISBORD, 2009; AFSAR *et al.*, 2012; RAMER *et al.*, 2012; MCKERCHER; SANDERSON e JOSE, 2013; GOYAL; CHAUDHURY e SALDANHA, 2018 e KIM; KANG; WOO, 2018).

Também esta mesma literatura recomenda que então se cuide da depressão e ansiedade na doença renal crônica. E esta percepção e conscientização tem, pouco a pouco, incluído na equipe de cuidado profissionais de Psicologia, de Assistência Social, de Psiquiatria, assim como nutricionista, terapeuta ocupacional, educador físico, além, obviamente, dos fundamentais profissionais de Enfermagem e Medicina.

No Brasil, em 1996, foi publicada a primeira portaria recomendando a presença de um psicólogo no acompanhamento aos renais crônicos em hemodiálise (BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 2042 de 11 de outubro de 1996. DOU Nº 199 de 14/10/1996). Esta indicação começou a ser implementada de maneira tímida, mas, pouco a pouco, muitos serviços de renais crônicos, tanto ambulatórios de hemodiálise como serviços de pré e pós transplante, passaram a contar com o trabalho do Psicólogo na equipe multiprofissional. Portaria recente continua confirmando a recomendação de psicólogos nas equipes de hemodiálise, Portaria Nº 1.675, de 7 de junho de 2018 (BRASIL, 2018).

A ampliação da percepção do sofrimento psíquico do renal crônico, conforme descrito e exemplificado em alguns estudos citados, e a presença do psicólogo nas equipes atuando e produzindo conhecimento têm demonstrado que a Psicologia tem contribuído neste contexto (SAGAWA *et al.*, 2001; GARCIA, 2004; RESENDE *et al.*, 2007; JEAN-DIT-PANNEL; RIAZUELO e CUPA, 2018;) e outros, podendo ser encontradas publicações com as contribuições de várias abordagens teórico-técnicas da Psicologia. Mas pode se dizer que, comparado ao tempo em que os psicólogos se integraram às equipes, há muitas lacunas de produção e divulgação de conhecimento da Psicologia nesta atuação junto à insuficiência renal crônica. Diante da complexidade desta doença, a contribuição da Psicologia pode e deve ser de grande valia desde a prevenção ao cuidado, em todas as etapas, incluindo o transplante. Para tal, há muita necessidade de construção de conhecimento.

Este trabalho nasce fruto da experiência clínica do atendimento psicológico aos pacientes renais crônicos somado à busca paralela, simultânea, constante de fundamentação teórica e de conhecimento científico para subsidiá-lo. Justifica-se tanto pela alta incidência desta doença na população, conforme já descrito, e pelas lacunas no cuidado psicológico das pessoas em hemodiálise. Objetiva conhecer o estado de conhecimento sobre atendimento psicológico a pacientes renais crônicos e refletir sobre a contribuição da psicanálise neste contexto.

1.1.2 Psicossomática Psicanalítica

Heinroth, psiquiatra, utilizou o termo medicina "psicossomática" em 1818 para designar doenças que se desenvolviam sob a influência de fatores psíquicos. A princípio, não houve impacto, mas, no início do século seguinte, influenciou uma nova concepção sobre as relações mente/corpo, de acordo com Haynal e Pasini (1983). Atualmente, o termo "psicossomática" é utilizado para enfermidades que se supõem psicogênicas, mas principal e especialmente denomina uma disciplina científica apoiada na hipótese da unidade entre o somático e o psíquico (MELLO FILHO, 1994).

O termo psicossomático leva à "psique e soma", ou "corpo e alma", e a interação entre eles é objeto de estudo da filosofia ao longo de sua história, propiciando várias correntes de pensamento, sejam monistas ou dualistas, dois princípios – corpo e alma – se relacionando de várias diferentes formas (HAYNAL e PASINI, 1983).

O estudo da história da filosofia e da medicina mostra que a interação destes dois princípios, corpo e alma, soma psique, foi objeto de uma reflexão constante desde que Anaxágoras, aproximadamente em 500-428 A.C., fez a distinção entre psique e soma. Esse dualismo foi retomado e reelaborado ao Hilemorfismo, de Aristóteles (384-322 A.C) (HAYNAL e PASINI, 1983). Hipócrates (460-377 A.C.) preconizava uma visão integrada de homem apontando as influências dos sentimentos no funcionamento orgânico, contribuindo para o surgimento de enfermidades (ÁVILA, 1997). Mas a filosofia aristotélica tornou-se predominante na Idade Média sob a forma do sistema de São Tomás de Aquino (HAYNAL e PASINI, 1983). Durante a Idade Média, a cisão mente/corpo foi instaurada em função do controle que a Igreja exercia sobre as ciências, arte e cultura. As doenças mentais, principalmente, eram atribuídas a possessões demoníacas. Com o retorno à Idade Clássica pelo Renascimento, nos séculos XV e XVI, a ciência ganha espaço com uma acentuação do dualismo e se criam as condições para as ideias de Galileu Galilei e Isaac Newton. Esta retomada promoveu desenvolvimento, mas o homem passou a ser examinado à luz das ciências exatas (HAYNAL e PASINI, 1983).

Enfim, no final do século XIX, Breuer e Freud, em **Estudos sobre a histeria** (1895/1977), descrevem os mecanismos psicofisiológicos que conduzem à conversão de conflitos psíquicos em sintomas físicos na histeria, demonstrando que os sintomas, apesar de somáticos, não apresentavam nenhuma correspondência

com a estrutura anatômica dos órgãos afetados, permitindo que se pensasse em múltiplas possibilidades de expressão e manifestação do sofrimento humano (BREUER e FREUD, 1895/1977; ÁVILA, 1997). Freud mostra que a saúde é íntima da história do indivíduo e que, de alguma forma, as doenças físicas não são decorrentes apenas de fatores biológicos ou orgânicos. Desta maneira, a psicanálise retoma a concepção hipocrática da unidade funcional entre corpo e psiquismo, focando no indivíduo e não na doença.

Em suas concepções, do final do século XIX e início do século XX, Freud estabeleceu um modelo etiológico e funcional da psicopatologia psicanalítica, em que discriminava as chamadas psiconeuroses de defesa das neuroses atuais. Nas primeiras, incluía a histeria, a obsessão, as fobias, nas quais havia a separação afeto/representação, as origens do conflito no infantil, e havia simbolismo no sintoma; e, depois, a psicose, na qual haveria a ruptura com a realidade. Nas neuroses atuais, incluía a neurastenia, a neurose de angústia e a hipocondria, nas três haveria descarga atual da excitação, origem dos sintomas no contemporâneo e não haveria simbolismo nos sintomas (FREUD, 1895/1977, 1896/1977, 1898/1977, 1914/1977 e 1924(ab)/1977; VOLICH, 2000; LAPANCHE e PONTALIS, 2001).

Volich (2000) descreve que a teoria freudiana destaca o conflito em diferentes dimensões, como entre necessidades fisiológicas, desejos, sexualidade e realidade, e ainda:

[...] entre as instancias psíquicas e seus “interesses” particulares: a censura e as defesas contra as representações inaceitáveis, o modo de funcionamento do inconsciente contrapondo se ao modo consciente, a oposição entre ego e o superego contra as forças do Id, o conflito entre libido de objeto e libido narcísica [...] (VOLICH, 2000, p. 63).

Enfatizando que, para Freud, os sintomas frutos do conflito têm significado simbólico, no caso das chamadas psiconeuroses; mas, no caso das neuroses atuais, seriam descargas corporais sem significado simbólico. Este modelo e forma de pensar a etiologia do sintoma neurótico sustentava a proposta terapêutica da psicanálise na época.

Freud lançou luz sobre a função da sexualidade na etiologia das neuroses.

[...] além de colocar em evidência a existência de um tipo de energia, a libido, [...]. [...] a excitação sexual ocupa um lugar fundamental na estruturação do aparelho psíquico [...].
O modelo freudiano é marcado [...] por uma dimensão econômica que busca compreender os destinos da excitação sexual no organismo e sua relação com outras funções da existência. Ele revela as condições em que esta excitação pode ser ou não satisfeita [...] ter acesso a consciência

mediante uma representação, ou quando este acesso é impedido pelo recalque.

Essas dinâmicas e seus desdobramentos são desde o início moldadas pela relação do sujeito com outro humano. É no âmbito dessa relação que se delineiam as primeiras experiências de frustração e de satisfação das necessidades corporais da criança (VOLICH, 2000, p. 64).

Freud, em seus **Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade** (1905/1977), aponta que sobre tais experiências ligadas às necessidades corporais se estruturam as experiências de prazer, marcando a passagem do biológico para o erógeno e subjetivo.

Freud apresenta no capítulo VII de *A Interpretação dos sonhos* seu primeiro modelo de aparelho psíquico conhecido como a *primeira tópica*⁸⁹. Nesse modelo ele concebe três instâncias *Inconsciente* (Ics), *Pré-Consciente* (Pcs) e *Consciente* (Cs), cujas dinâmicas internas determinam as condições de acessibilidade de experiências, recordações, representações, ao conhecimento do sujeito.

Como veremos, o *pré-consciente* ocupa um lugar central na compreensão da dinâmica psíquica e, em particular, na articulação da economia psicossomática. Formado a partir de sua diferenciação do *inconsciente*, ele se situa como uma passagem incontornável de qualquer representação psíquica rumo a consciência, constituindo assim um verdadeiro reservatório de representações. Estas, ao mesmo tempo que são passíveis de acesso a consciência, preservam ainda uma certa proximidade com as fontes somáticas, pulsionais e instintivas inconscientes. O *pré-consciente* constitui-se como um operador de ligações psíquicas e de comunicação entre as instâncias. Segundo, P. Marty, a fluidez da circulação entre as três instâncias do aparelho anímico é um fator essencial do equilíbrio psicossomático⁹⁰.

O acesso a consciência é sobretudo determinado pela quantidade de afeto [...] (excitação) investida, ligada a uma determinada representação [...], e pelo conflito entre essa representação investida e a censura existente nas passagens de uma instância e outra.

[...]

A ligação entre representação e afeto é condição essencial para que uma ideia, uma sensação e uma experiência possam ser objeto da consciência. O trabalho do recalque opera segundo Freud, na destruição desta ligação. Ao separar afeto e representação, o recalque pressiona a representação desinvestida em direção ao inconsciente, ao mesmo tempo que essa representação é atraída pelas representações inconscientes.

[...]

O afeto (excitação), porém, permanece livre, desligado. Por sua essência, ele busca descarga ou ligação. Ele pode tanto ligar-se a outras representações como descarregar-se por meio de funções corporais ou de comportamentos. [...] cada um destes destinos determinam diferentes constelações no funcionamento psicossomático. No âmbito da teoria freudiana, sabemos que a ligação do afeto desinvestido pelo recalque em uma representação substitutiva caracteriza o mecanismo de *deslocamento*, dinâmica central da neurose obsessiva e das fobias. A ligação e a descarga deste afeto por meio de partes do corpo configuram o mecanismo da *conversão*, característico das manifestações histéricas⁹¹ (VOLICH, 2000, pp. 65-67).

Em suas obras **Sobre o narcisismo: uma introdução**, de 1914/1977, e **Os instintos e suas vicissitudes**, de 1915/1977, Freud formula o conceito de

narcisismo e aprofunda o de pulsão, ampliando sua compreensão dos fenômenos psíquicos e suas relações com o biológico, assim como seu modelo teórico e clínico. É importante ressaltar que Freud (1905/1977) já havia caracterizado a pulsão como um conceito entre o psíquico e o somático, passível de manifestação por meio de representantes psíquicos. A dimensão pulsional possibilita a transcendência do biológico para outras experiências humanas. Em **Os Instintos e suas vicissitudes** (1915/1977), Freud mostra também a importância do objeto, que pode ser parcial ou total, pode ser uma parte do próprio indivíduo, ou outra pessoa. É constituído pelo indivíduo e é por meio dele que a pulsão atinge seu alvo. O bebê humano totalmente desamparado depende da relação com outro ser humano para ter suas necessidades satisfeitas e as experiências de satisfação vividas, e esta relação e experiências se inscrevem no interno de tal maneira que o bebê poderá recorrer a elas quando as necessidades e desejos reemergirem (FREUD 1905/1977, 1914/1977, 1915/1977 e VOLICH, 2000).

A relação de objeto implica a troca entre sujeito e o outro, dimensões reais e imaginárias.

A história da constituição do mundo objetual testemunha o percurso de satisfações e de frustrações do sujeito diante de seus desejos. Por meio da constituição psíquica do objeto, estrutura-se a representação do mundo e organiza-se o universo pulsional (VOLICH, 2000, p. 119).

Volich (2000) faz ainda excelente síntese acerca do modelo freudiano neste período entre 1905 e 1920, tecendo já algumas considerações sobre sua relação com o funcionamento psicossomático do sujeito:

O *modelo metapsicológico* amplia a compreensão das origens do fenômeno psíquico, normal ou patológico, por meio de uma perspectiva que busca situá-lo desde as suas fontes corporais até a sua descrição *tópica* (localização no aparelho psíquico), *dinâmica* (a circulação dentro deste aparelho) e *econômica* (os investimentos libidinais em instâncias, representações e objetos). É nesse palco que se desenrola a trama da existência, e, especialmente, que se manifesta o enredo pulsional.

A dimensão econômica, energética, possui uma importância particular para o entendimento da formação do sintoma, do adoecer e da normalidade. Em última instância, diante do paciente, é fundamental poder compreender os destinos dos seus afetos, da energia libidinal. Estão eles investidos de forma narcísica (no próprio sujeito) ou orientados para outros sujeitos, objetos, para o mundo? A excitação consegue encontrar vias simbólicas ou mentais de manifestação, ou apenas descargas automáticas por meio de comportamentos ou reações corporais? Como veremos, estas questões são essenciais para a compreensão do funcionamento psicossomático.

Freud sempre destacou a importância do aparelho psíquico como elemento de proteção contra os excessos de excitação, oriunda do exterior ou do interior do organismo. As representações são verdadeiros catalisadores das excitações que circulam no organismo. É por meio da representação que a pulsão pode inscrever-se no aparelho psíquico. Por intermédio das ligações entre afeto e representação é garantido um certo equilíbrio do funcionamento do organismo. A impossibilidade de ligação, deixando

quantidades elevadas de excitação circularém livremente no interior do organismo, pode ser desorganizadora desse funcionamento, e, se tais intensidades são por demais elevada constitui-se a experiência traumática (pp. 71-72)

Freud, em **A Psicanálise e as Neuroses de Guerra** (1919/1977), caracteriza o traumatismo como dependente de uma combinação entre os recursos do sujeito e a intensidade dos estímulos externos ou internos, e não pela característica das experiências em si. O traumatismo em si seria um excesso de excitação que desorganiza o aparelho psíquico.

Em **Além do Princípio do Prazer** (1920/1977), Freud faz uma modificação na dimensão econômica da sua metapsicologia. Seu modelo até então opunha pulsões de autoconservação ou do ego a pulsões sexuais. Reconhece, entre as pulsões de conservação, uma tendência à regressão e desintegração que buscaria o retorno a um estado anterior sem vida, que denominou pulsão de morte. E, também, uma pulsão de vida, com uma tendência à fusão, à ligação, à reprodução da vida. Por meio da intricação das duas, é impedida a redução total das tensões, a destruição da vida. Esta intricação de componentes, preservação e de destruição podem ser observadas em várias manifestações psíquicas e somáticas.

A teoria psicanalítica, com seus conceitos e ideias, influencia o desenvolvimento da psicossomática mesmo para além da psicossomática psicanalítica. Mas Freud prioriza a atenção à investigação de fatores psíquicos associados ao surgimento das neuroses, opção esta que, segundo Haynal e Pasini (1983), ele considerava mais fértil para o desenvolvimento de suas ideias. Com isso, no seu início, de certa forma, a Psicanálise descuidou da investigação das motivações psíquicas associadas às doenças orgânicas. Mas, ainda que nunca tenha criado uma teoria psicossomática, Freud pode ser considerado um importante precursor, especialmente porque sua teoria sobre o aparelho psíquico propiciou pressupostos que serviriam de base ao desenvolvimento de novas ideias sobre o funcionamento psicossomático.

Entre os seguidores de Freud, Groddeck e Ferenczi desenvolveram hipóteses sobre a relação mente-corpo. Georg Groddeck defendia que as doenças orgânicas podiam ser tratadas pela psicanálise, que havia simbolismo nos sintomas orgânicos, tal como na neurose, uma atividade simbólica nos determinantes dos sintomas físicos e que se relacionavam à vida do sujeito. Defendia que corpo e mente adoecem ao mesmo tempo. Utilizava a associação livre, a interpretação da

transferência e a análise das resistências no tratamento de seus pacientes, inclusive e principalmente os com sintomas orgânicos. Considera-se que seu legado inaugurou a psicossomática psicanalítica. Durante muito tempo, suas contribuições ficaram em segundo plano, mas influenciaram Sandor Ferenczi, seu paciente e amigo, assim como Michel Balint, criador dos grupos Balint no ambiente hospitalar (ÁVILA, 1995; VOLICH, 2000).

Groddeck iniciou sua correspondência com Freud em 1917 e publicou em seguida *Condicionamento psíquico e tratamento de moléstias orgânicas pela psicanálise*, no periódico *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, no qual já aparece o conceito de Isso ao qual atribui poder sobre todo o organismo. Groddeck estende a teoria do processo conversivo a todo episódio de adoecimento. (CASETTO, 2006).

Em 1923, no **Livro d'Isso**, descreve a doença como uma criação do Isso, carregada de finalidade, de simbolismo e sentido que podem ser interpretados para a cura (VOLICH, 2000; CASETTO, 2006; LIMA, 2018).

Destaca Maniakas (2008, p. 14) “Seu conceito de Isso – um inconsciente simbolizador – pressupõe um sentido implícito a toda e qualquer manifestação, seja ela psíquica ou somática”.

Apesar das divergências conceituais, e embora Groddeck tenha ficado relativamente marginalizado, foi ousado e criativo em utilizar a psicanálise para investigar os padecimentos físicos. E suas concepções deixaram marcas profundas na teoria psicanalítica (ÁVILA, 2016; VOLICH, 2000).

Groddeck e Ferenczi foram amigos. Há referências e influências mútuas em seus textos, houve troca de correspondência livre e fértil e um intercâmbio de ideias entre eles. A amizade e a aproximação entre os dois foram promovidas por Freud que, em sua primeira carta a Groddeck, faz referência ao artigo **As Patoneuroses**, de Ferenczi (CASETTO, 2006; CASADORE e PERES, 2017). Mas, ao que parece, Ferenczi interessava-se pelas relações da libido com o orgânico mesmo antes de conhecer Groddeck, pois Freud (1914/1977, p. 98), em seu trabalho sobre o narcisismo, faz menção a Ferenczi: “Ao avaliar a influência da doença orgânica sobre a distribuição da libido, sigo uma sugestão que me foi feita verbalmente por Sándor Ferenczi.”

Ferenczi contribui à interface mente e corpo destacando-se o conceito de patoneurose e neurose de órgão. Publica **As Patoneuroses**, em 1917, cuja ideia

seria de que o paciente poderia desenvolver perturbações neuróticas desencadeadas por ferimentos, uma intervenção cirúrgica ou doenças orgânicas, havendo a erotização dessa parte do corpo e a obtenção de prazer favorecendo a persistência dos sintomas, um processo inverso ao da conversão. Ainda nesse trabalho, Ferenczi sugere que a cura de lesões dependeria, em parte, dessa distribuição alterada da pulsão sexual (CASETTO, 2006; CASADORE e PERES, 2017).

Em 1926, propõe a modalidade de neurose de órgão, tentando pensar a origem psíquica de certas disfunções orgânicas. Seria uma categoria na qual haveria distúrbios subjetivos e objetivos, onde estariam as neuroses atuais e alguns distúrbios orgânicos, como enxaqueca, asma, no estômago e cardíacas. A hipótese de Ferenczi é que a disposição de qualquer órgão do corpo para a obtenção de prazer pelo seu simples funcionamento, pelo prazer de órgão (termo que atribuído a Adler), poderia adquirir uma importância excessiva, a ponto de perturbar a sua função, e isso aconteceria quando a sexualidade sofresse perturbações psíquicas. Não se trata de uma determinação psíquica direta, como era para Groddeck. Assim, para Ferenczi, sendo restabelecida a harmonia da vida afetivo/sexual por meio da psicanálise, com importante papel da transferência, seriam obtidos êxitos importantes nas doenças orgânicas (CASETTO, 2006).

Paralelamente, no século XX, abordagens neurofisiológicas da aprendizagem e sociais também contribuíram para o estudo da psicossomática, podendo ser citados Von Bergman, Von Veizeck, Hess e Magoon, Cannon, Selye, Wolff e Wolff (CATROPA, 1985), assim como teorias de personalidade continuaram a hipotetizar sobre o fenômeno psicossomático (LOLLO, 1990).

A partir dos anos 30, com o nazismo, alguns analistas se mudaram para os Estados Unidos, e as ideias psicanalíticas sobre a relação corpo e mente se manifestaram na chamada Escola Psicossomática de Chicago. F. Deutsch, F. Dunbar, F. Alexander, entre outros, tentavam estabelecer relações entre estruturas, personalidade e conflitos emocionais específicos com alguns tipos de doenças somáticas. F. Deutsch promoveu nos meios hospitalares em Boston a discussão da relação médico-paciente do ponto de vista da identificação e contratransferência e a consideração dos aspectos psicodinâmicos do paciente (VOLICH, 2000).

Dunbar e Alexander tinham uma visão psicogenética da doença psicossomática, as quais seriam consequência de estados de tensão crônica,

expressando vivências inadequadamente no corpo. A concepção de Dunbar era de uma teoria dos perfis de personalidade, segundo a qual grande parte dos sintomas somáticos seriam efeito de descarga pulsional sobre o sistema vegetativo. Alexander desenvolveu a teoria da especificidade do conflito para explicar as manifestações psicossomáticas, segundo a qual correlacionava conflitos intrapsíquicos com as modificações fisiológicas. De acordo com Alexander, o recalçamento operado por impossibilidade de expressão de emoções geradoras de um conflito intrapsíquico provoca estados de tensão fisiológica e, quando reprimidos à agressividade, o medo e a culpabilidade provocam disfunções dos órgãos por impulsos de tensões emocionais crônicas. Estes tipos de compreensão se mostraram inapropriadas para explicar o fenômeno e foram abandonadas com o tempo (BRANCO VICENTE, 2005).

Ainda assim, a escola de Chicago deixou um legado importante: a defesa da individualização do processo terapêutico, de acordo com as especificidades dinâmicas de cada paciente.

No final dos anos cinquenta do século passado, partindo de concepções psicanalíticas, especialmente da referência metapsicológica, os psicanalistas Marty, M'Uzan, Fain, Kreisler David e outros utilizaram a escuta psicanalítica na tentativa de compreender os pacientes psicossomáticos e se distanciaram da Escola de Psicossomática Americana, desenvolvendo um corpo teórico e contribuindo com conceitos – como o de pensamento operatório, precariedade onírica e ausência de fantasia –, procurando compreender a função do aparelho psíquico e suas funções como reguladoras do funcionamento psicossomático, especialmente dos destinos da excitação no organismo e o bom funcionamento ou perturbações destas dinâmicas, as quais podem redundar em manifestações psíquicas ou somáticas de natureza patológica ou não. Sempre ressaltando a importância das relações intersubjetivas no desenvolvimento desses processos dialéticos ao longo do desenvolvimento individual (HAYNAL e PASINI, 1983; VOLICH, 2000; BRANCO VICENTE, 2005).

Esse grupo de psicanalistas, que criou o Instituto de Psicossomática de Paris, observou que os doentes psicossomáticos se comportavam na entrevista de maneira diferente que os neuróticos. Suas fantasias eram pobres, até mesmo inexistentes enquanto emergiam unicamente conteúdos concretos, razoáveis, um pensamento operatório. Este pensamento operatório é agarrado ao concreto e orientado para o pragmático, não lhe permitindo evadir-se em fantasias. Esses

indivíduos seriam, de alguma maneira, isolados do seu inconsciente e superadaptados a seu grupo próximo. A hipótese é que a regressão do paciente psicossomático seria uma regressão a um nível defensivo primitivo com fortes tendências autoagressivas e autodestrutivas, as quais esses autores relacionam ao instinto de morte. Seria uma fixação a um nível narcísico e a uma fusão sujeito/objeto, tornando impossível uma relação objetal verdadeira, com consequências para se pensar a relação transferencial (VOLICH, 2000).

Marty, M'Uzan (1994, pp. 165-169) se referem ao pensamento operatório:

O pensamento operatório, que é nosso assunto, e que tentaremos definir, parece, até agora, não ter despertado interesse, e isso se compreende visto que, em razão de suas modalidades próprias, ele quase nada tem que suscite o interesse dos psicanalistas. Notemos, desde já, duas características essenciais. Trata-se de um pensamento consciente que: 1. manifesta-se sem vínculo orgânico com uma atividade fantasmática de nível apreciável; 2. reproduz e ilustra a ação, por vezes a precede ou sucede, mas dentro de um campo temporal limitado. Quanto a exclusividade desta forma de pensamento dos nossos sujeitos, não é possível, atualmente afirmá-la de maneira categórica; todavia, podemos conjecturar que se ela existisse, sem dúvida, ela se tornaria um modo original de relação de objeto, com valor nosográfico comparável à das descrições de M. DOUVET (pp. 165-166).

[...]

O pensamento operatório pode, então, ser encontrado em quadros clínicos bem variados, mas é melhor considerá-lo isoladamente, como sintoma pois ele possui características bastante estáveis para que possamos identificá-lo, [...] (p. 167).

[...]. A palavra do sujeito só ilustra sua ação, ela não implica nenhuma elaboração [...]. [...] não tem ligação com uma atividade fantasmática de nível apreciável. O sujeito permanece constantemente ao nível de seus gestos, seu modo de pensamento fica estreitamente ligado a materialidade dos fatos e a utilidade dos objetos, ele está mergulhado no atual e se acontece de se projetar no futuro ou voltar ao passado é, transformando-os em pedaços do presente, onde tudo é dominado pela sucessão de fatos. [...] Linear e limitado, ele segue seu caminho sem se abrir à realidades de outra ordem, afetiva ou fantasmática, próprias ao enriquecimento e alargamento de suas operações (p. 168).

[...]

Não se deve dizer que o pensamento operatório seja obrigatoriamente rudimentar, ou de má qualidade. Mas, mesmo quando ele é complexo e tecnicamente fecundo, no âmbito da abstração pura por exemplo, falta-lhe sempre a referência a um objeto interno realmente vivo. Assim, neste tipo de pensamento, a noção de julgamento tal qual a concebemos habitualmente com a complexidade de seus fatores de base, é substituída pela noção de avaliação "infra-dimensionada", ou, melhor ainda, de tabela de valores, donde sua aridez e, além de tudo, sua pobreza. Sem capacidade simbólica nem valor de sublimação, é de se esperar que o pensamento operatório não tenha aptidão para a produção artística assim como para verdadeira criação científica - esta forma de pensamento só cria emblemas, as insígnias de uma relação com o tempo, os lugares, os objetos reais vividos como reassseguradores.

O caráter superegóico do pensamento operatório parece evidente. Mas ao refletir constatamos que ele não vai além do conformismo. Em outras palavras, o sujeito é, no máximo, capaz de identificações superficiais, com

regras percebidas através de alguns personagens. Trata-se de um superego esquemático, aparentemente não integrado. Na relação com o investigador essas identificações superficiais que exprimem da melhor das hipóteses, sob forma mímica. O outro é, no fundo, considerado como idêntico ao sujeito e dotado do mesmo sistema de pensamento operatório que ele. Assim, ele não pode ter nenhum papel reparador estruturante (MARTY, M'UZAN, pp. 168-169).

Ainda sobre o pensamento operatório, encontra-se em Haynal e Pasini (1983): “o que clinicamente não deixa dúvidas é a existência nestes sujeitos de uma hipossimbolização dos afetos e dos conflitos pessoais”. Marty e colaboradores hipotetizam até uma agenesia do pensamento simbólico. Mas alguns fenômenos clínicos põem em dúvida esta possibilidade, pois alguns doentes psicossomáticos podem converter-se a um modo de expressão afetivo e alguns neuróticos podem mudar seus sintomas para uma doença psicossomática. Parece, então, que o pensamento operatório seria uma modalidade de operação defensiva mantida por muito tempo, mas reversível em algumas condições dinâmicas.

Sobre este processo, escreve Volich (2000, pp. 147-149):

O organismo confronta-se permanentemente com a emergência e o afluxo de excitações e a necessidade de descarregá-las. Para isso, ele conta essencialmente com três vias: a *via orgânica*, a *ação*, e o *pensamento*, que, nessa ordem, representam o grau hierárquico progressivo da evolução dos recursos do indivíduo para responder aos estímulos, internos ou externos, aos quais é submetido (p. 147).

Solicitado por tais estímulos, o organismo buscará responder com seus recursos mais evoluídos. Nesse sentido, a possibilidade de utilizar recursos psíquicos, mesmo quando, em última instância, a resposta necessária implique numa resposta orgânica, é economicamente interessante, sendo mais eficiente e poupando recursos do organismo (p. 148).

[...]

[...]. A mentalização consiste em operações de representação e simbolização por meio das quais o aparelho psíquico busca regular as energias instintivas e pulsionais, libidinais e agressivas. A atividade da fantasia, o sonho e a criatividade são atividades essenciais de regulação do equilíbrio psicossomático.

Falhas no desenvolvimento ou experiências de vida desorganizadoras, traumáticas, comprometem a estrutura e o funcionamento do aparelho psíquico, de forma duradoura ou temporária. As deficiências estruturais ou funcionais do aparelho psíquico conduzem a utilização pelo organismo de recursos mais rudimentares, da ordem da *motricidade* ou mesmo de *reações orgânicas* como tentativas para reequilibrar a energia do indivíduo (pp. 148-149).

[...]

[...]. A impossibilidade de elaboração e a inexistência de defesas eficazes contra descarga pulsional dão origem a sintomatologia somática: [...] (p. 149).

Além do conceito de pensamento operatório, propõe o conceito de depressão essencial, um rebaixamento do tônus libidinal, definido pelo apagamento da

dinâmica mental, deslocamentos, condensações, introjeções, projeções, identificações, vida fantasmática e onírica. O fenômeno seria comparável ao da morte, no qual a energia vital se perde sem compensações. Esta depressão essencial seria consequência de eventos traumáticos e pode colocar o sujeito vulnerável ao adoecimento. E, na cronificação deste estado, o pensamento operatório se estabeleceria e a capacidade de elaboração psíquica do impacto da vida cotidiana ficaria comprometida. Marty raciocina os organismos em termos de instinto de vida, com a organização de hierarquização das funções em conjuntos cada vez mais complexos, e a desorganização seria expressão do instinto de morte, havendo sempre um equilíbrio instável entre ambos. Os traumatismos desestabilizariam as funções superiores, mas também o peso dos anos as enfraqueceria. Marty propõe o psiquismo como um conjunto de funções complexas evolutivamente mais recentes que as somáticas. A desorganização perante impactos afetivos faria o movimento contra evolutivo, o psiquismo lançaria mão de recursos – tais como soluções de compromisso do tipo neurótico e seus sintomas, cisões psicóticas ou perversas – e, no fracasso de todas essas, o processo regressivo atingiria algumas fixações somáticas e o distúrbio se estabeleceria, permitindo que o processo involutivo estancasse, além até de uma certa reorganização gradual do sujeito. Os pontos de fixação seriam herdados, da embriogênese ou de história do sujeito, e desses dependeriam o tipo de distúrbio que se instalaria. Marty ainda discriminaria entre o surgimento de doenças reversíveis, cujo prognóstico seria favorável e as associadas às regressões, ou doenças graves, seriam resultados do que chamou de desorganização progressiva. A ênfase da teoria de Marty está no aspecto econômico, e a questão central das somatizações estaria no fluxo das excitações agressivas e pulsionais. A mentalização, outro conceito fundamental de Marty, dependeria da quantidade e qualidade das representações psíquicas disponíveis à ligação das excitações. Quanto melhor a mentalização, menor a probabilidade de somatização, mais se conseguiria sustentar o choque dos traumatismos no registro psíquico (CASETTO, 2006)

A estruturação e funcionamento do aparelho psíquico se relacionam ao desenvolvimento dos indivíduos, assim como aos desafios que vivenciam ao longo da vida e como estes são vivenciados.

As ideias e proposições freudianas dão sustentação a toda posterior psicossomática psicanalítica, inclusive as ideias de Marty e McDougall. Tem importância fundamental o desamparo que marca o início da vida humana. O bebê sai da proteção do meio intrauterino tendo que responder a sensações, estímulos e necessidades, os quais nunca enfrentara. Perante a grande quantidade de estímulos internos e externos, o bebê não conta mais com os mecanismos de autorregulação do corpo materno. E não tem quase nenhum mecanismo para proteger-se ou lidar com as excitações e exigências internas e externas (VOLICH, 2000).

Cabe à mãe a função de agora garantir, de fora, aquilo que seu organismo garantia para seu filho no ventre. Esta experiência delicada e inusitada pode assustar a mãe, exigir recursos psíquicos que não possua. E ela pode aceitar, recusar ou delegar esta função, cada uma dessas possibilidades marca de forma decisiva os destinos da economia psicossomática (VOLICH, 2000).

Importante tentar imaginar o que pode significar para o bebê tais experiências de excesso de excitações, ondas de estímulos incompreensíveis, necessidades orgânicas diferentes e imperativas e reações muito parecidas com aquelas que nos inundam na tragédia – respiração ofegante, aceleração do ritmo cardíaco, o corpo todo ruborizado pelo sangue –, as quais o bebê responde com agitação e choro cada vez mais intensos na tentativa de se libertar destas experiências insuportáveis. Freud pensava no desamparo do recém-nascido como semelhante à desorganização, impotência do ser humano na tragédia e, então, no desamparo como a essência da experiência traumática (FREUD, 1920/1977; VOLICH, 2000).

Volich (2000) se fundamenta, entre outras, nas obras de Freud **Projeto para uma Psicologia Científica** (1895/1977) e **Além do Princípio de Prazer** (1920/1977), que já pensava na equivalência dessas experiências conforme abaixo:

[...]. Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis. Ao mesmo tempo, o princípio de prazer é momentaneamente colocado fora de ação. Não há mais possibilidade de impedir que o aparelho mental seja inundado com grandes quantidades de estímulos; em vez disso, outro problema surge, o problema de dominar as quantidades de estímulo que irromperam, e de vinculá-las, no sentido psíquico, a fim de que delas se possa então desvencilhar (FREUD, 1920/1977, p. 45).

Quando uma pessoa prestativa efetuou o trabalho de ação específica no mundo externo para o desamparado, este último se encontra numa posição, por meio de dispositivos reflexos, de cumprir imediatamente no interior de seu corpo a atividade necessária para eliminar o estímulo endógeno. A totalidade deste processo representa então uma *experiência de satisfação*,

que tem as consequências mais decisivas para o desenvolvimento das funções individuais (FREUD, 1895/1977, p. 422).

As turbulências só podem diminuir com a experiência de satisfação que diminui a intensidade das excitações, acalma e também atende à necessidade. Esta experiência é uma marca estruturante que sinaliza que, apesar do desamparo, o caos é evitável; que, diante da necessidade e da agitação, existe uma esperança. O bebê satisfeito e dormindo reproduz com os lábios os movimentos de sucção mesmo aparentemente sem fome, como uma lembrança, uma memória da experiência que acalmou a desorganização e o desespero. Este é um verdadeiro traço de memória inscrito no corpo, marcando o que seria a primeira experiência alucinatória, e o bebê a reproduz como lembrança na ausência do objeto de satisfação e da necessidade, apenas para reproduzir o prazer propiciado por aquela experiência. Assim se estrutura a experiência autoerótica e se inicia a vida de fantasia e psíquica. A alucinação primitiva é fruto da inscrição da experiência de satisfação e do objeto que a propiciou no psiquismo do bebê. É uma experiência primordial do ser humano, a partir da qual se organiza a atividade da fantasia, da representação, do sonho e, particularmente, o aparelho psíquico e o funcionamento psicossomático. A experiência alucinatória promove a superação das necessidades corporais para a constituição do desejo humano, estruturado em torno da busca da repetição das primeiras experiências de satisfação e de seus objetos. Permite suportar a latência até a satisfação, poupando o orgânico do caráter desprazeroso do acúmulo de tensão. A atividade de fantasia exerce uma função de ligação da excitação do organismo, sendo também essencial para a constituição do princípio da realidade e para a estruturação das instâncias psíquicas. Ela permite, diante da reemergência de um estado de excitação, que a inscrição da experiência de satisfação possa ser psicologicamente investida e evocada como uma primeira tentativa de evitar, por meio da lembrança da experiência anterior de satisfação, o desprazer da tensão (VOLICH, 2000).

Para todo o desenvolvimento psíquico, as primitivas relações objetais são fundamentais e fundantes. Mediante a função materna, criam-se as condições para o surgimento e a evolução da atividade da fantasia e de representação, o desenvolvimento do aparelho psíquico, a integração propiciada pela representação das funções orgânicas, de motricidade, a vinculação pelos afetos.

O movimento vital é de conquistar funções cada vez mais organizadas e hierarquizadas, mas o equilíbrio pode ser encontrado em movimentos regressivos de destruição e desorganização. De acordo com Marty, as doenças psíquicas e orgânicas são parte dos meios do indivíduo para regular sua homeostase, suas relações com outros humanos e com o meio (VOLICH, 2000).

Marty e M'Uzan (1994) se baseiam na conceituação, fundamentação teórica freudiana da estruturação e funcionamento do aparelho psíquico para desenvolver suas ideias sobre o pensamento operatório, depressão essencial e mentalização.

De maneira geral, especialmente na França, não se fala de psicossomática psicanalítica sem fazer referência às ideias de Marty, mesmo em caráter de oposição. Alguns psicanalistas da geração seguinte se destacaram discutindo o assunto, apresentando objeções, tendo como referência as ideias de Marty, tais como Joyce McDougall (CASETTO, 2006).

McDougall, neozelandesa radicada na França, é responsável por formular outra concepção teórica importante da Psicossomática Psicanalítica contemporânea. Em seu artigo de 1994, é possível verificar suas ideias sobre somatização:

É evidente que o risco de somatização é muito maior para qualquer pessoa em circunstâncias que mobilizam um aumento de pressões afetivas (tanto as que se originam da vida pulsional como as que tem sua fonte nos eventos do ambiente). Não há analisandos (nem analistas) que, em um momento ou outro, não somatizem. Cada um tem um limiar além do qual pode somatizar face aos traumatismos internos ou externos, cuja força é muitas vezes desconhecida do sujeito e que transtornam seu sistema habitual de defesas contra conflitos psíquicos e a dor mental (MCDOUGALL 1994, p. 75).

[...] Isto dito, o que nos interessa, partindo da experiência psicanalítica, são os pacientes cujas manifestações somáticas constituem a reação mais habitual a todo aumento de tensão psíquica. (MCDOUGALL, 1994, p. 75).

[....]

No início meu interesse estava polarizado por tudo que parecia escapar ao processo psicanalítico... conflitos, situações angustiantes, fantasias sádicas e eróticas, sexualidades compulsivas e outros comportamentos de adicção, de que o analisando jamais falava em seu discurso associativo. Lentamente, fui levada a compreender que, em lugar de uma elaboração mental, essas atividades diversas tinham por função descarregar a tensão numa atuação fora da análise (MCDOUGALL, 1994, p. 76).

[...]

Apesar disso, fui levada a reconhecer que os atos-sintomas (assim como os sintomas neuróticos e psicóticos) eram tentativas de auto-cura, soluções encontradas por uma criança para sobreviver psiquicamente diante de um sofrimento de outro modo inelaborável. É evidente que a descarga via ação segue um modelo pouco dependente da linguagem e é, então, uma solução mais primária: solução dos *infans**, do "ser que ainda não acesso às palavras" (MCDOUGALL, 1994, pp. 76-77).

[...]

Então, as soluções via ação, que podem ser comparadas às eclosões psicossomáticas, remetem a uma falha na capacidade de simbolização, e, portanto, na capacidade para elaborar mentalmente o impacto de certas

vivências conflitivas. Em seu lugar encontraremos umas das diversas formas de atos sintomas: o álcool ou a droga para sufocar a angústia do vazio; as homossexualidades e as heterossexualidades compulsivas, os auto-erotismos fetichistas e sado masoquistas, para suprimir a angústia de castração e assim por diante.

As mais misteriosas dessas descargas que provocam um curto-circuito no trabalho psíquico são os fenômenos psicossomáticos, pois o drama oculto da somatização como aos estados afetivos excessivos, é aparentemente uma história sem palavras.

Cheguei a escrever, 15 anos atrás, que a “expressão psicossomática é o horizonte último desses atos que tornam o lugar do imaginário e da capacidade de sentir, a regressão mais profunda e mais primária do ser. O corpo se transforma em um campo de batalha, como se a luta arcaica aí travada exigisse esse preço para se fazer ouvir... dotadas de pouco valor simbólico (a não ser posteriormente) proporcionando poucas satisfações substitutivas (a não ser um eventual benefício secundário), as manifestações psicossomáticas são silenciosas até sua eclosão ruidosa no corpo, (...), as manifestações psicossomáticas se nos oferecem como verdadeiros emissários da pulsão de morte” (op. cit. 1978).

Hoje eu acrescentarei a essas linhas que os fenômenos psicossomáticos escondem paradoxalmente, uma luta pela vida e especialmente pela sobrevivência psíquica do ser (como tentei mostrar em *Théâtres du corps*). (MCDUGALL, 1994; p. 78).

Para McDougall, os pacientes psicossomáticos recorrem às estratégias defensivas arcaicas a fim de evitar o irromper de mobilizações emocionais que podem fugir ao seu controle, pois, em geral, não são muito capazes de elaborar afetos com um potencial desestruturante. São operações inconscientes e adotadas para a exclusão sumária de representações carregadas de sentimentos intoleráveis (PERES, 2006).

McDougall descreve um mecanismo diferente da repressão e do recalque, que se caracteriza por ejetar do próprio psiquismo percepções, afetos, fantasias e pensamentos (associados a afetos). Isto se assemelharia ao mecanismo de defesa da psicose conjecturado por Freud, o repúdio para fora do ego. Assim, esse ejetar promoveria a exclusão de sentimentos do plano da consciência, mas levaria o indivíduo a agir como se nunca tivesse tido acesso a tais conteúdos. Ao contrário da psicose, na qual tal mecanismo provocaria a volta por meio de alucinações e delírios, neste caso, se expressariam no somático, ou seja, a utilização desse recurso pode promover uma cisão entre o corpo anatômico e o corpo erógeno e a consequente resomatização do afeto (PERES, 2006).

As emoções, para McDougall, podem, ao contrário da metapsicologia clássica, desaparecer no aparelho psíquico por meio da expulsão do plano consciente de pensamentos, fantasias e representações associadas a afetos, capazes de provocar sofrimento. De acordo com esta hipótese, os afetos dos

pacientes somáticos não encontram nenhum dos três destinos descritos por Freud, não são convertidos como na histeria, não são deslocados como na neurose obsessiva ou transformados como na neurose de angústia ou na melancolia. McDougall chamou de desafetação essa estratégia defensiva, separação, perda ou desligamento do afeto, e que tende a produzir um distúrbio na economia afetiva, pois envolve o rompimento do indivíduo com seus próprios sentimentos. A desafetação pode levar o sujeito a ter dificuldades para apreender e discriminar tanto seus afetos quanto os das demais pessoas, com consequências para o estabelecimento de vínculos que tanto podem ser pouco consistentes, como em situações de muito sofrimento, ou se caracterizarem pela fusão com o outro, tal como a ilusão de unidade mental e corporal com a mãe. Mas essa falta de distinção “eu-não eu” pode provocar angústias que criam situações favoráveis a somatizações. A desafetação leva o indivíduo a escoar as tensões por meio de um agir compulsivo por conta da restrição da capacidade de simbolização. Esta compensação pode se caracterizar por um “ato-sintoma” que incide no corpo. McDougall também atribui a perturbações relacionais na relação mãe-bebê na etiologia da desafetação. A figura materna teria a função de para-excitação, de proteger seu filho das tensões, interpretando a comunicação primitiva e nomeando estados afetivos do bebê, promovendo a dessomatização do aparelho mental; e, dessa maneira, a criança tem acesso a palavra e ao desenvolvimento da capacidade de simbolização. Qualquer indivíduo pode apresentar sintomas corporais quando as excitações as quais é submetido fogem ao seu controle. Mas, de acordo com McDougall, só usa este recurso em situações extremas, quando mecanismos de defesas menos radicais não conseguem operar. Já os desafetados tendem a ejetar da consciência sentimentos desestruturantes, e aí apresentam reações orgânicas diante do sofrimento mental com maior frequência e intensidade (PERES, 2006).

McDougall escreve em 1994:

Assim podemos dizer que os sintomas psicossomáticos constituem uma forma de comunicação primitiva, uma linguagem arcaica decodificada primeiramente pela mãe na mais tenra infância. Pode ser mesmo que se trate de uma protolinguagem, que muito cedo na história filogenética do homem, assim como em sua ontologia, estava destinada a comunicar alguma coisa ao ambiente. A partir do momento que a comunicação supõe um “Outro”, apto a captar essa mensagem, temos o direito de falar de linguagem” (McDougall, 1994, p. 79)

Mais adiante ainda, no mesmo texto, McDougall (1994) considera:

Em tais casos a experiência clínica nos leva a acreditar que se tratam de traumatismos vivenciados na primeira infância, antes da aquisição da palavra (entretanto sabemos que isto pode se produzir também em circunstâncias em que a palavra já estava adquirida, mas em que o sujeito foi submetido a uma tal força traumatizante que a colocação em palavras se tornou inoperante). O processo psicanalítico visará, então, a transformar estes “terrores-sem-nome” (como dizia Bion) em terrores nomináveis e, enfim, narráveis (McDougall, 1994, p. 82).

McDougall desenvolveu a noção de desafetação típica nos pacientes somáticos, observando que muitos deles apresentavam uma incapacidade quase total de manter contato com suas próprias emoções e alheias, assim, as palavras ficam ligadas à concretude e desprovidas de sentido simbólico. Conforme já descrito, sua hipótese é que estes indivíduos vivenciaram precocemente emoções de grande poder disruptivo, que expulsaram da consciência. Ejetar do psiquismo percepções, pensamentos e/ou fantasias carregadas de dor mental pode levar o adulto a somatizar em vez de apresentar uma reação psicótica. A desafetação seria uma resposta pré-neurótica associada ao empobrecimento da capacidade de simbolização e, em contraste com o recalque, não transforma o conteúdo excluído em matéria inconsciente. Ela se assemelha ao repúdio para fora do ego, operação na qual o ego rejeita a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais houvesse ocorrido, ou seja, uma defesa específica das psicoses. Na desafetação, segundo McDougall, ocorre a ressomatização do afeto; aos afetos tolhidos de sua significação, restaria apenas a dimensão orgânica e, segundo a autora, essa expressão se dará por meio de um teatro do corpo (PERES, 2006; CLEMENTE e PERES, 2010).

Temos, então, a apresentação de duas das importantes propostas teóricas psicanalíticas contemporâneas sobre a somatização, a de Marty e M'Uzan e a de McDougall. Vale a pena refletir sobre as semelhanças e diferenças.

A desafetação guarda semelhanças com o pensamento operatório; os autores de ambos postulam que os pacientes somáticos apresentam funcionamento psíquico que se situa entre as neuroses e as psicoses. Tanto McDougall como Marty questionam a falta de sentido do sintoma físico sem considerarem semelhante à conversão ou ao sintoma neurótico, consideram uma configuração particular. O pensamento operatório seria um tipo de dinâmica mental e não apenas uma modalidade de pensamento, tendendo a ocorrer um marcante apagamento de toda a expressividade emocional associado a uma orientação excessiva à realidade externa e um apego à materialidade dos fatos. A desafetação se diferencia do

pensamento operatório por possuir um caráter defensivo, enquanto o pensamento operatório é atribuído a uma suposta carência funcional do psiquismo, tratando-se de uma questão estrutural. No caso da desafetação proposta por McDougall, trata-se de uma defesa capaz de ejetar do psiquismo fantasias, percepções e pensamentos capazes de ressuscitar afetos insuportáveis relacionados a experiências primitivas traumáticas e que podem acontecer formas alternativas de dispersar a energia expulsa por meio do uso de atividade sexual como adição, outros comportamentos aditivos, ou somatizações. A desafetação seria uma forma de evitar maior desorganização psíquica e ocorreria como um sinal de um drama não representado, que poderia ser representado por meio da análise. Mas as duas proposições são consideradas uma ampliação dos horizontes da teoria psicanalítica, e Marty e McDougall não renegam suas origens freudianas. Ambos utilizam o modelo etiológico das neuroses atuais como referência para a exploração dos fatores emocionais associados às doenças orgânicas, o que permite pensar em uma relação de complementariedade em termos teóricos entre as ideias de McDougall e Marty (CASETTO, 2006; CLEMENTE e PERES, 2010).

Marty e McDougall fizeram também suas propostas e considerações sobre a psicanálise, psicoterapia psicanalítica, ou atendimento psicológico de orientação psicanalítica em relação ao sintoma psicossomático.

Marty sugeriu que, quando se tratar de somatizações graves, principalmente quando encaminhadas por médicos, ou seja, quando não há a demanda do próprio paciente, que se realize um trabalho psicoterápico tentando restabelecer o melhor funcionamento possível do psiquismo do paciente, propondo sessões face a face, apenas uma vez por semana. Ao invés de empregar interpretações, realizar um trabalho de maternagem, de nomeações de estados psíquicos, especialmente os afetivos de forma a compor/recompôr a atividade do pré-consciente. Essas propostas técnicas evitariam o desamparo do paciente frente à sua pobreza onírica diurna e não haveria uma sobrecarga psíquica à sua frágil estrutura (CASETTO, 2006).

Na concepção de McDougall, a psicanálise só seria indicada se o sujeito for capaz de reconhecer o próprio sofrimento psíquico e se mostrar disposto a tentar compreender seus determinantes psíquicos e a receber ajuda. Alerta, ainda, que o processo terapêutico pode desempenhar um papel desestruturante e não reorganizador. A partir disso, a autora sugere que o profissional se proponha o

desafio de funcionar como um filtro para regular o afluxo de excitações das quais o paciente somático tende a se livrar por meio da descarga corporal por não conseguir ter acesso a palavras para expressá-las, desempenhando uma função materna de decodificação de uma modalidade de comunicação, onde a afetividade é escassa. Mas esse procedimento se justifica, pois a desafetação tem como fator etiológico perturbações precoces nas relações mãe-bebê e a mãe tem como tarefa proteger seu bebê das tensões, uma função que, na vida adulta, cabe ao sistema de para-excitações. Para essa finalidade, deve interpretar a comunicação primitiva e nomear estados afetivos, promovendo a dessomatização do aparelho mental. A autora sustenta que alguns pacientes podem obliterar este processo, mantendo a desafetação como necessária a seu aparelho psíquico. McDougall alerta a respeitar esses limites e o consentimento ou não do paciente, pois há risco de potencializar a descompensação somática e as dificuldades emocionais do indivíduo. McDougall ressalta, também, a atenção à contranferência, pois a clínica psicanalítica com estes pacientes tende a provocar afetos negativos no psicoterapeuta pelos obstáculos, evitando o contato com a própria subjetividade. Assim, com o passar do tempo, o psicoterapeuta tende a se sentir tomado pela inércia psíquica, perdendo o prazer com seu trabalho. A superação deste aspecto seria inserir a sintomatologia orgânica no contexto de uma história a ser reconstituída mediante a substituição do seu palco no corpo pela mente, promovendo uma reconstituição de perdas anteriores, incluindo-as numa cadeia simbólica, possibilitando a expressão de emoções que não foram vivenciadas na experiência anterior (CLEMENTE e PERES, 2010).

As contribuições teóricas de McDougall e Marty têm mais algumas implicações práticas. McDougall defende a utilização da técnica psicanalítica clássica para neuróticos, psicóticos, ou desafetados com distúrbios psicossomáticos ou não. Marty propõe, conforme já descrito, uma sessão por semana (face a face) e o profissional assegurar uma proximidade bilateralmente identificatória, procurando auxiliar o paciente somático a desenvolver recursos mais evoluídos de comunicação, instrumentalizando-o a nomear e expressar seus afetos. As sensações corporais representam um importante ponto de partida. Há, contudo, concordância entre McDougall e Marty no que se refere ao exercício da função materna na clínica psicanalítica com pacientes somáticos com as características do pensamento operatório e da desafetação. Para McDougall, o profissional desempenhando a

função materna poderá ajudar a dessomatização do aparelho psíquico, adquirindo uma identidade subjetiva ao fazer o luto da fusão com a mãe. Para Marty, a função materna consistirá em oferecer sistemas elementares de representações e defesas e no abandono deste papel aos sinais de independência dados pelo paciente (CLEMENTE e PERES, 2010).

Psicanalistas brasileiros contemporâneos têm escrito sobre o atendimento a pacientes psicossomáticos, trazendo suas contribuições para a técnica. O paciente pode ser verborrágico, mas, em geral, fala sobre a realidade concreta ou reproduz de maneira estereotipada as falas dos outros. A palavra para ele não tem valor como para os outros pacientes e não a escuta, mesmo quando a proferem. O analista necessita levar em conta que o paciente não está falando de si mesmo, ou não está representado em sua própria fala. A lesão orgânica é uma marca que necessitará ser constituída como palavra, à medida que a pulsão consiga se projetar de suas fontes e possa usar a representação palavra para investi-la. A estratégia está dirigida à defesa predominante, o repúdio dos afetos que em geral se apresenta como uma depressão vazia, apatia e torpor, ou como um transbordamento da angústia automática. Para o paciente psicossomático, não há um outro com quem possa contar, a quem possa dirigir-se com confiança de que possa contê-lo e sustentá-lo. É útil para o analista utilizar a postura frente a frente como uma possibilidade de observar manifestações orgânicas, indícios de afetos, a partir das quais se possa ajudá-los a reconhecer e nomear estados afetivos. É também muito importante que estes pacientes desenvolvam uma função auto observadora em relação a si mesmo e ao próprio corpo. Em função da apatia do paciente, o analista fica exposto a manifestações de sonolência, embotamento ou até de um *furor curandis*. É recomendável que o analista tenha uma postura reflexiva e crítica, tentando evitar situações intoxicantes para ambos, por conta da falta de barreira típica a estes pacientes. É também muito importante o estabelecimento de um vínculo empático em que o paciente se sinta registrado afetivamente. O objetivo do trabalho é o resgate da subjetividade do paciente, reestabelecendo o domínio das pulsões de vida sobre a pulsão de morte, na medida que o trabalho terapêutico se alia às pulsões de vida do paciente (COSTA e ALVAREZ, 2018; VOLICH, 2000).

Outros psicanalistas, tais como Winnicott e Bion, assim como Fedida, Green e Maldavsky, entre outros, trouxeram contribuições que aprofundaram e sofisticaram as ideias apresentadas anteriormente. Embora esses autores sejam importantes, a

apresentação de suas ideias ultrapassa o escopo da presente tese, na qual foi dada preferência pelo uso dos referenciais de Marty e McDougall para a reflexão sobre o atendimento psicológico ao paciente psicossomático.

Partindo da experiência clínica do atendimento psicológico aos pacientes renais crônicos somada à busca simultânea e constante de fundamentação teórica e de conhecimento científico para subsidiá-lo, este trabalho justifica-se tanto pela alta incidência desta doença na população, conforme já descrito, como pelas lacunas no cuidado psicológico das pessoas em hemodiálise. Objetiva conhecer o estado de conhecimento sobre atendimento psicológico a pacientes renais crônicos e refletir sobre a contribuição da psicanálise neste contexto, em especial a psicossomática psicanalítica.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo desenvolvido em duas etapas: uma revisão de escopo sobre o estado do conhecimento em relação a atendimento psicológico e pacientes em hemodiálise, seguida da apresentação e discussão dos resultados dessa revisão de escopo e de uma reflexão desses resultados ancorada no referencial teórico da psicossomática psicanalítica, baseada nos conceitos de pensamento operatório da Marty e M' Uzan (1994) e algumas ideias de McDougall (1994).

Baseada na metodologia proposta pelo Instituto Joanna Briggs (JBI), o método escolhido foi uma revisão de escopo. Uma revisão de escopo é um método de revisão de literatura usado para mapear os principais conceitos que sustentam uma área de pesquisa, assim como examinar a extensão, alcance e natureza da investigação, sumarizar e divulgar os dados, identificar lacunas e os limites conceituais de um tema, especialmente com a finalidade de fundamentar a adequação da prática dos cuidados em saúde preconizados pelo JBI (PETERS *et al.*, 2017).

O JBI é um centro internacional de pesquisa e desenvolvimento científico, sem fins lucrativos, localizado na *Faculty of Health and Medical Sciences*, na Universidade de Adelaide na Austrália (PETERS *et al.*, 2017). Esse Instituto colabora internacionalmente com inúmeros centros, promovendo e apoiando a utilização de evidências científicas para práticas de saúde adequadas e efetivas em todo mundo (PETERS *et al.*, 2017). No Brasil, o JBI tem a sua representação no Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências: Centro Afiliado ao Instituto Joanna Briggs, sediado na Escola de Enfermagem na USP – São Paulo.

De acordo com *The Joanna Briggs Institute* (2017), uma *revisão de escopo* deve ser estruturada em etapas, conforme propostas por Arksey, O'Malley em 2005:

1. Identificar a questão de pesquisa;
2. Identificar os estudos relevantes;
3. Selecionar os estudos;
4. Extrair e tabular os dados;
5. Classificar, resumir e registrar os resultados;
6. Consultar (opcional).

Ainda segundo *The Joanna Briggs Institute* (2017), essas etapas foram atualizadas e complementadas por Levac, Colquhoun, O'Brien em 2010, conforme se segue:

1. Esclarecer e vincular o propósito e a questão de pesquisa;
2. Equilibrar a viabilidade, amplitude e compreensão do processo de definição do escopo;
3. Usar uma abordagem de equipe interativa para selecionar estudos e extrair dados;
4. Incorporar um resumo numérico e uma análise temática qualitativa;
5. Identificar as implicações das conclusões para a política, prática ou pesquisa;
6. Adotar a consulta como um componente necessário da metodologia de estudo de escopo.

Em 2015, houve melhorias propostas por Peters *et al.*:

1. Identificar a questão de pesquisa, esclarecendo e vinculando o propósito à questão de pesquisa e definir e alinhar o objetivo e a pergunta;
2. Identificar estudos relevantes, equilibrar a viabilidade e abrangência do processo de definição de escopo. Desenvolver e alinhar os critérios de inclusão com o(s) objetivo(s) e pergunta(s);
3. Seleção de estudo usando uma abordagem de equipe interativa para selecionar estudos e extrair dados. Descrever a abordagem planejada para pesquisar, selecionar, extrair e criar gráficos;
4. Criar dados, incorporar um resumo numérico e uma análise temática qualitativa, procurar pela evidência;
5. Coletar, resumir e relatar resultados. Identificar as implicações dos resultados do estudo para política, prática ou pesquisa. Selecionar a evidência. Coletando, resumindo e relatando os resultados;
6. Consulta (opcional): Adotar a consulta como um componente obrigatório da metodologia de estudo de escopo;
7. Criar a evidência;
8. Resumir as evidências em relação ao(s) objetivo(s) e a pergunta(s);
9. Consulta de cientistas da informação, bibliotecários e/ou especialistas (por toda parte). Enviar *feedback*.

A seguir, é apresentada a descrição das etapas de uma *revisão de escopo*, conforme a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2017), assim como dados da *revisão de escopo* realizada para o presente estudo.

1. Identificar a questão de pesquisa

Nesta primeira etapa para a formulação da questão da pesquisa, utilizou-se a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto) para desenvolver o título e a questão da *revisão de escopo* apresentados no Quadro 1:

Quadro 1 - Descrição dos elementos do mnemônico PCC para a formulação da questão de pesquisa

Elementos	Definição	Descrição
P	População	Características importantes dos participantes devem ser detalhadas, incluindo idade e outros critérios que os tornem apropriados para os objetivos da avaliação de <i>revisão de escopo</i> .
C	Conceito	O conceito central analisado pela revisão de escopo deve ser claramente articulado para guiar o escopo e a amplitude da pesquisa. Isto pode incluir detalhes que pertencem a elementos que seriam detalhados em uma revisão sistemática padrão, como: “intervenções” ou “fenômeno de interesse”. Resultados podem também ser um componente do conceito de uma <i>revisão de escopo</i> . Se resultados de interesse forem explanados, eles devem estar ligados ao objetivo e ao propósito da <i>revisão de escopo</i> .
C	Contexto	O elemento contexto irá variar de acordo com o objetivo e questão da revisão. Deve ser claramente definido e pode incluir, mas não se limita à consideração de fatores culturais, tais como localização geográfica ou interesses específicos de gênero ou raça. Em alguns dos casos, o contexto pode abranger detalhes sobre um local específico, como cuidados intensivos e atenção primária. Os revisores podem optar por limitar o contexto de suas revisões a um país, o sistema de saúde ou local de cuidados de saúde em particular, dependendo do assunto e objetivos.

Fonte: JBI, 2017

A formulação da questão da presente revisão de escopo considerou os seguintes elementos:

População: Pacientes renais crônicos;

Conceito: Atendimento psicológico;

Contexto: Hemodiálise.

A questão de pesquisa formulada foi: Qual é o estado do conhecimento sobre atendimento psicológico a pacientes renais crônicos em hemodiálise?

2. Estratégia de pesquisa

Esta seção documenta como os revisores procuram fontes relevantes de informação para a inclusão na *revisão de escopo*. A estratégia de busca deve ser relatada de forma abrangente e detalhada para um mínimo de três bases de dados.

A documentação clara da estratégia de busca é um componente vital da validade científica de qualquer avaliação de *revisão de escopo*. O período (datas de início e término) escolhido para a busca deve ser claramente justificado e quaisquer restrições de idiomas devem ser especificadas.

Conforme recomendado pela metodologia do *Joanna Briggs Institute*, a estratégia de pesquisa deve ser seguida em três passos, quais sejam:

Primeiro passo: É uma pesquisa em base de dados online relevantes para o tópico em estudo. Esta pesquisa inicial é então seguida das palavras de texto contidas no título e resumo de documentos recuperados e dos termos de índice usados para descrever os artigos;

Segundo passo: Usando todas as palavras-chave e termos de indexação identificada, deve ser feita em todas as bases de dados selecionados;

Terceiro passo: A lista de referência de todos os relatórios e artigos identificados será pesquisada para estudos adicionais.

Os critérios de inclusão das publicações selecionadas para a presente *revisão de escopo* foram: artigos em inglês, francês, português e espanhol que respondiam à questão de pesquisa, ou seja, que apresentavam ou discutiam especificamente sobre atendimento psicológico realizado por psicólogos ou psiquiatras a pacientes renais crônicos em hemodiálise.

Os critérios de exclusão foram: artigos em outras línguas que não a inglesa, francesa, portuguesa ou espanhola, publicações obtidas nas bases de dados consultadas que não fossem artigos publicados em revistas, ou seja, livros, guias, manuais. Também foram excluídos os artigos que se referiam ao uso da diálise peritoneal, sendo incluídos apenas artigos em que a hemodiálise era realizada na máquina por se tratar do método mais utilizado no Brasil. Como foi numerosa a amostra de artigos resultantes a serem lidos na íntegra, optou-se por não realizar a pesquisa das referências dos artigos selecionados. As publicações que não respondiam à pergunta da pesquisa também não foram incluídas.

Neste estudo, foram utilizadas as seguintes bases de dados:

A. Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) da Biblioteca Virtual em Saúde do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências de Saúde (BIREME), no endereço eletrônico: [http://bases.bireme.br/cgi-](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p)

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p)

B. PubMed, a qual se trata de um serviço oferecido pela *US National Library of Medicine*, permitindo acesso a várias bases, entre elas *Medical Literature Online* (MEDLINE). O acesso é gratuito para as instituições conveniadas. Foi acessado pelo endereço eletrônico: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

C. *Cumulattive Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), por meio do site de periódicos de Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior (CAPES), no endereço eletrônico: <http://web.a-eb scohost-com.ez67.periodicos.capes.gov.br/ehost/search/basic?vid=0&sid=b6189897-0962-42d2-936e-7054ec201690%40sessionmgr4008>

D. PsycINFO, base de dados em psicologia, educação, psiquiatria, ciências sociais. Disponível em: <http://psycnet-apa-org.ez67.periodicos.capes.gov.br/>

E. *Web of Science*, base multidisciplinar que indexa somente os periódicos mais citados em suas respectivas áreas. Possui hoje mais de 9.000 periódicos indexados. É composta por: *Science Citation Index Expanded* (SCI-EXPANDED); *Social Sciences Citation Index*; *Arts and Humanities Citation Index*; *Conference Proceedings Citation Index - Science* (CPCI-S); *Conference Proceedings Citation Index - Social Science & Humanities* (CPCI-SSH). Disponível em: <https://apps.webofknowledge.com>

F. EMBASE, ferramenta de pesquisa biomédica. Atualmente, possui como fonte mais de 25 milhões de registros, provenientes de mais de 7.000 revistas científicas de mais de 70 países indexadas através do tesouro Emtree, que engloba também as nomenclaturas *Medical Subject Heading* (MeSH). Além disso, possui mais de 5 milhões de artigos e trabalhos de conferências que estão exclusivamente indexados no Embase e todo o conteúdo da MEDLINE produzido pelo *National Library of Medicine* (NLM). Disponível em: <http://www.embase.com>

Para o levantamento dos artigos, os termos de buscas foram identificados com base ao mnemônico PCC.

A identificação dos descritores controlados foi realizada na base de dados das terminologias (MeSH - *Medical Subject Heading* e DeCS - Descritores da Ciência da Saúde), que apresentam os termos adequados contidos nos artigos indexados. Os operadores booleanos para todas as bases de dados foi “AND”. Para a busca na base de dados PUBMED, os descritores foram identificados na base de vocabulários *Medical Subject Heading* – MeSH no endereço eletrônico : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>; para a busca na LILACS os descritores foram identificados na base de vocabulário estruturado Descritores Ciências da Saúde - DeCS através do endereço: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IsisScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&interface_language=p&previous_page=homepage&previous_task=NULL&task=start; e para a CINAHL, PsycINFO, *Web of Science* e EMBASE foram utilizados os mesmos descritores identificados no MeSH, uma vez que esses descritores constavam dos termos que a base sugere na medida em que são digitados na ferramenta de busca.

Os descritores controlados utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com o mnemônico PCC, com suas respectivas definições estão apresentados no Quadro 2:

Quadro 2 - Classificação dos descritores mediante o mnemônico PCC. Ribeirão Preto-SP

Mnemônico	Descritores	Fonte
População – Pacientes renais crônicos	<i>Patients</i> (C) / Pacientes (C)	(MeSH – DeCS)
Conceito – Atendimento psicológico	<i>Psychology</i> (C) / Psicologia (C)	(MeSH – DeCS)
	<i>Psychotherapy</i> (C) / Psicoterapia (C)	(MeSH – DeCS)
	<i>Adaptation, Psychological</i> (C) / Adaptação Psicológica (C)	(MeSH – DeCS)
	<i>Emotional Adjustment</i> (C) / <i>Adjustment, Psychological</i> (NC) / Ajustamento Emocional (C)	(MeSH – DeCS)
	<i>Mental Health</i> (C) / Saúde Mental (C)	(MeSH – DeCS)
Contexto – Hemodiálise	<i>Renal Dialysis</i> (C) / Diálise Renal (C) <i>Hemodialysis</i> (NC) / Hemodiálise (NC)	(MeSH – DeCS)

C – Controlado. NC – Não Controlado

Fonte: Peters *et al.*, 2017 (Adaptado pela Autora, 2019)

As definições dos termos, de acordo com as bases de dados utilizadas são:

a) Pacientes: Indivíduos participantes do sistema de cuidados de saúde com o propósito de receber procedimentos terapêuticos, diagnósticos ou preventivos (MeSH/DeCS);

b) Diálise Renal: Terapia para a purificação insuficiente do sangue pelos rins, baseado na diálise e incluindo a hemodiálise, diálise peritoneal e hemodiafiltração (MeSH/DeCS);

c) Psicologia: A ciência voltada para o estudo dos processos mentais e do comportamento dos homens e animais (MeSH/DeCS);

d) Psicoterapia: Termo genérico para o tratamento da doença mental ou dos distúrbios emocionais, primariamente através da comunicação verbal ou não verbal (MeSH/DeCS);

e) Adaptação Psicológica: Estado de harmonia entre as necessidades internas e as exigências externas, e os processos usados na conquista desta condição. (Tradução livre do original: *APA Thesaurus of Psychological Index Terms*, 8th ed) (MeSH/DeCS);

f) Ajustamento Emocional: Processos fisiológicos que ocorrem quando um indivíduo se adapta a um estímulo ou evento emocional significativo (MeSH/DeCS);
e

g) Saúde Mental: Bem-estar emocional, psicológico e social de um indivíduo ou grupo (MeSH/DeCS).

O processo de busca nas bases eletrônicas de dados ocorreu no dia 02/06/2019. Na base de dados LILACS, o levantamento dos artigos foi realizado no formulário de busca avançado e os descritores foram inseridos na caixa de busca utilizando os termos booleanos *AND* e *OR*.

A estratégia final de busca com base ao mnemônico PCC resultou 142 referências e está descrita no Quadro 3:

Quadro 3 - Estratégias de busca utilizadas na base de dados LILACS e número de referências obtidas. Ribeirão Preto – SP

Estratégias	Número de referências encontradas
Pacientes <i>AND</i> Diálise Renal <i>OR</i> Hemodiálise <i>AND</i> Psicologia	118
Pacientes <i>AND</i> Diálise Renal <i>OR</i> Hemodiálise <i>AND</i> Psicoterapia	9
Pacientes <i>AND</i> Diálise Renal <i>OR</i> Hemodiálise <i>AND</i> Adaptação Psicológica	11
Pacientes <i>AND</i> Diálise Renal <i>OR</i> Hemodiálise <i>AND</i> Saúde Mental	4
Total de referências	142

Fonte: Peters *et al.*, 2017 (Adaptado pela Autora, 2019)

Na base de dados *PubMed*, o levantamento dos artigos foi realizado no formulário de busca avançada (*PubMed Advanced Search Builder*). Os descritores foram inseridos na caixa de busca *Builder*, através da ferramenta *Search* e utilizado o termo booleano *AND*.

Nas estratégias de busca *Patients AND Renal Dialysis AND Psychology* e *Patients AND Renal Dialysis AND Psychotherapy* e *Patients AND Renal Dialysis AND Adaptation, Psychological* e *Patients AND Renal Dialysis AND Mental Health*.

A estratégia final de busca com base ao mnemônico PCC resultou 27 referências e está descrita no Quadro 4:

Quadro 4 - Estratégias de busca utilizadas na base de dados PubMed e número de referências obtidas. Ribeirão Preto – SP

Estratégias	Número de referências encontradas
<i>Patients AND Renal Dialysis AND Psychology</i>	2
<i>Patients AND Renal Dialysis AND Psychotherapy</i>	2
<i>Patients AND Renal Dialysis AND Adaptation, Psychological</i>	16
<i>Patients AND Renal Dialysis AND Mental Health</i>	7
Total de referências	27

Fonte: Peters *et al.*, 2017 (Adaptado pela Autora, 2019)

Na base de dados *CINAHL*, o levantamento dos artigos foi realizado no formulário de busca avançada. Os descritores foram inseridos na caixa de busca e foi utilizado o termo booleano *AND*.

As estratégias de busca foram *Patients AND Renal Dialysis AND Psychology* e *Patients AND Renal Dialysis AND Psychotherapy* e *Patients AND Renal Dialysis AND Adaptation, Psychological* e *Patients AND Renal Dialysis AND Mental Health*.

A estratégia final de busca com base ao mnemônico PCC resultou 223 referências e está descrita no Quadro 5:

Quadro 5 - Estratégias de busca utilizadas na base de dados CINAHL e número de referências obtidas. Ribeirão Preto-SP

Estratégias	Número de referências encontradas
<i>Patients AND Renal Dialysis AND Psychology</i>	46
<i>Patients AND Renal Dialysis AND Psychotherapy</i>	12
<i>Patients AND Renal Dialysis AND Adaptation, Psychological</i>	98
<i>Patients AND Renal Dialysis AND Mental Health</i>	67
Total de referências	223

Fonte: Peters et al., 2017 (Adaptado pela Autora, 2019)

Na base de dados *PsycINFO* o levantamento dos artigos foi realizado no formulário de busca avançada. Os descritores foram inseridos na caixa de busca e utilizado o termo booleano *AND*.

Nesta busca foram utilizadas as estratégias *Patients AND Hemodialysis AND Psychology* e *Hemodialysis AND Psychology* e *Patients AND Hemodialysis AND Psychotherapy* e *Hemodialysis AND Psychotherapy* e *Patients AND Hemodialysis AND Adaptation, Psychological* e *Hemodialysis AND Adaptation, Psychological* e *Patients AND Hemodialysis AND Emotional Adjustment* e *Hemodialysis AND Emotional Adjustment* e *Patients AND Hemodialysis AND Mental Health* e *Hemodialysis AND Mental Health* com e sem o descritor *patient*, devido à relevância da base.

A estratégia final de busca com base ao mnemônico PCC resultou 148 referências e está descrita no Quadro 6:

Quadro 6 - Estratégias de busca utilizadas na base de dados *PsycINFO* e número de referências obtidas. Ribeirão Preto – SP

Estratégias	Número de referências encontradas
<i>Patients AND Hemodialysis AND Psychology</i>	03
<i>Hemodialysis AND Psychology</i>	08
<i>Patients AND Hemodialysis AND Psychotherapy</i>	20
<i>Hemodialysis AND Psychotherapy</i>	23
<i>Patients AND Hemodialysis AND Adaptation, Psychological</i>	02
<i>Hemodialysis AND Adaptation, Psychological</i>	08
<i>Patients AND Hemodialysis AND Emotional Adjustment</i>	05
<i>Hemodialysis AND Emotional Adjustment</i>	57
<i>Patients AND Hemodialysis AND Mental Health</i>	02
<i>Hemodialysis AND Mental Health</i>	20
Total de referências	148

Fonte: Peters et al., 2017 (Adaptado pela Autora, 2019)

Na base de dados *Web of Science*, o levantamento dos artigos foi realizado no formulário de busca básica. Os descritores foram inseridos na caixa de busca e utilizado o termo booleano *AND*.

A estratégia final de busca com base ao mnemônico PCC resultou 121 referências e está descrita no Quadro 7:

Quadro 7 - Estratégias de busca utilizadas na base de dados *Web of Science* e número de referências obtidas. Ribeirão Preto – SP

Estratégias	Número de referências encontradas
<i>Patients AND Renal Dialysis AND Psychology</i>	32
<i>Patients AND Renal Dialysis AND Psychotherapy</i>	10
<i>Patients AND Renal Dialysis AND Adaptation, Psychological</i>	30
<i>Patients AND Renal Dialysis AND Emotional Adjustment</i>	48
<i>Patients AND Renal Dialysis AND Mental Health</i>	1
Total de referências	121

Fonte: Peters *et al.*, 2017 (Adaptado pela Autora, 2019)

Na base de dados EMBASE, o levantamento dos artigos foi realizado no formulário de busca *Quick Search*. Os descritores foram inseridos na caixa de busca e utilizado o termo booleano *AND*.

A estratégia final de busca com base ao mnemônico PCC resultou 125 referências e está descrita no Quadro 8:

Quadro 8 - Estratégias de busca utilizadas na base de dados *EMBASE* e número de referências obtidas. Ribeirão Preto – SP

Estratégias	Número de referências encontradas
<i>Patient AND Hemodialysis AND Psychology</i>	10
<i>Patient AND Hemodialysis AND Psychoanalysis</i>	02
<i>Patient AND Hemodialysis AND Psychotherapy</i>	13
<i>Patient AND Hemodialysis AND Psychological Adjustment</i>	11
<i>Patient AND Hemodialysis AND Mental Health</i>	89
Total de referências	125

Fonte: Peters *et al.*, 2017 (Adaptado pela Autora, 2019)

A literatura cinza¹ (JBI, 2017) foi identificada por meio de dissertações e de teses nacionais do Banco de Teses Capes. Quanto aos demais estudos da área de interesse, utilizou-se na ferramenta de busca Google Scholar.

O procedimento de busca para literatura cinza resultou em 11 referências e está descrita no Quadro 9:

¹ A expressão *Grey literature* Literatura Cinza ou cinzenta é usada para designar documentos técnicos ou científicos não convencionais e semipublicados, compostos por materiais que não circulam pelos circuitos convencionais e de edição, são documentos de circulação restrita e de escassa visibilidade. Circula geralmente em congressos, centros de pesquisa, administração pública ou privada. Podem ser dos mais variados tipos tais como relatórios manuais, apostilas, resumos, sites diversos, dentre outros, disponíveis sob as mais variadas formas eletrônicas ou impressas. Conf. BOTELHO e OLIVEIRA. Literaturas branca e cinzenta: uma revisão conceitual. **Ciência da Informação**. Brasília, DF, vol. 44, número 3, pp. 501-513 set/dez 2015

Quadro 9 - Estratégias de busca utilizadas na literatura cinza e número de referências obtidas. Ribeirão Preto – SP

Estratégias	Número de referências encontradas
Pacientes <i>AND</i> Diálise Renal <i>OR</i> Hemodiálise <i>AND</i> Psicologia	1
Pacientes <i>AND</i> Diálise Renal <i>OR</i> Hemodiálise <i>AND</i> Terapia Psicanalítica	1
Hemodiálise <i>AND</i> Terapia Psicanalítica	9
Total de referências	11

Fonte: Peters *et al.*, 2017 (Adaptado pela Autora, 2019)

3. Selecionar os estudos

De acordo com o método de revisão de escopo Joanna Briggs, após a busca nas bases, tem-se a primeira identificação dos estudos relevantes resultantes. O próximo passo é uma fase de seleção criteriosa dos estudos que deve atender à questão de pesquisa e aos critérios de inclusão e exclusão definidos. Inicialmente, são lidos os resumos e títulos utilizando a pergunta de pesquisa e todos os critérios definidos para decidir pela inclusão ou não do estudo. Na dúvida, opta-se pela leitura completa do artigo para a tomada de decisão. Todo o trabalho é feito com um segundo revisor na tomada de decisão

Nesta etapa, o processo de busca online resultou em 786 estudos. Após a leitura cuidadosa dos títulos, resumos (ou somente título para aqueles que não possuíam resumo) e palavras-chaves disponíveis nas bases de dados, os estudos que não apresentavam relação alguma com a questão norteadora e com idioma diferente do inglês, francês, português e espanhol, foram excluídos, resultando em 155 artigos.

Dessa forma, 155 artigos foram eleitos, sendo 20 da LILACS, 3 da PubMed, 30 da CINAHL, 58 da PsycINFO, 33 da *Web of Science* e 11 da EMBASE. Após a exclusão de 32 artigos repetidos, a seleção resultou em 15 da LILACS, 2 da PubMed, 28 da CINAHL, 35 da PsycINFO, 33 da *Web of Science* e 10 da EMBASE. Resultando em 123 artigos selecionados.

Quanto à literatura cinza, as publicações foram localizadas por meio do portal CAPES e do Google Acadêmico. Das 11 publicações elegíveis, após a leitura de títulos e resumos, foram excluídos 2 estudos que não respondiam à questão norteadora.

Os 132 artigos resultantes foram lidos na íntegra e os que não tinham relação com a questão norteadora foram excluídos. Dois artigos foram excluídos por não contemplarem os critérios da língua, ou seja, não foram publicados em inglês,

português, francês e espanhol. Uma referência se tratava de um capítulo de um livro e cinco artigos não foram encontrados após árdua busca, inclusive no programa de Comutação Bibliográfica (COMUT) tanto na Biblioteca Comunitária da UFSCar – São Carlos, quanto na Biblioteca Central da USP – Ribeirão Preto. Por meio da busca via COMUT nessas duas bibliotecas, 8 artigos foram encontrados. Foram excluídos os artigos em que as intervenções psicológicas não foram realizadas por psicólogos ou psiquiatras. Também foram excluídos os artigos que se referiam ao uso da diálise peritoneal, sendo incluídos apenas artigos em que a hemodiálise era realizada na máquina por se tratar do método mais utilizado no Brasil. Como foi numerosa a amostra de artigos resultantes a serem lidos na íntegra, optou-se por não realizar a pesquisa das referências dos artigos selecionados.

Dessa maneira, a amostra final desta revisão resultou em 23 estudos.

Cabe ressaltar que essa etapa foi verificada por um segundo pesquisador desde o início até chegar à amostra final.

O processo de inclusão e exclusão dos estudos está descrito nos resultados.

4. Extrair e tabular os dados

Esta etapa deve incluir a extração de todos os dados relevantes de acordo com o objetivo da *revisão de escopo* e a questão formulada para a revisão. Deve ser incluído um resumo descritivo dos principais resultados organizados com base no conceito teórico subjacente à revisão.

Para a facilidade de referências e rastreamento, segundo a Metodologia *Joanna Briggs Institute*, os revisores devem manter registros cuidadosos para a identificação de cada fonte. À medida que os revisores analisam cada estudo, pode tornar-se evidente que os dados adicionais imprevistos podem ser elaborados de forma útil. Traçar os resultados pode, portanto, ser um processo repetitivo pelo qual um instrumento de extração de dados deve ser criado e atualizado continuamente.

A metodologia do *Joanna Briggs Institute* sugere que a equipe de revisão se familiarize com os resultados da fonte e teste o instrumento de extração de dados em dois ou três estudos para garantir que todos os resultados relevantes sejam extraídos.

O instrumento para a extração dos dados, ou seja, para registro da informação das pesquisas que respondam à questão da revisão deve conter os seguintes dados:

1. Autor;
2. Ano de publicação;
3. Origem (onde foi publicado e realizado o estudo);
4. Objetivos;
5. População do estudo e tamanho da amostra (se aplicável);
6. Metodologia/métodos
7. Tipo de intervenção, comparação e detalhes;
8. Duração da intervenção (se aplicável);
9. Resultados e detalhes (Ex.: Como mensurou) (se aplicável);

No presente estudo foi elaborado um banco de dados no programa *Microsoft Office Excel*, contendo dados iniciais da busca realizada, tais como: numeração de cada artigo, base dados da plataforma e título. Os dados extraídos do material incluído foram dispostos em um quadro do *Microsoft Office Word* (APÊNDICE 1), contendo itens correspondentes aos acima citados (autor, ano de publicação, origem, objetivos, população e tamanho da amostra, metodologia, tipos de duração da intervenção, resultados e detalhes).

5. Classificar, resumir e registrar os dados

A seção de resultados deve identificar quantos estudos foram identificados e selecionados. Deve haver uma descrição narrativa do processo de decisão de pesquisa acompanhado do fluxograma da decisão da pesquisa.

O fluxograma deve detalhar claramente o processo de decisão de revisão, indicando os resultados da pesquisa e remoção de citações duplicadas, seleção de estudos, recuperação completa e adições de uma terceira pesquisa e apresentação final.

O resumo de resultados deve descrever logicamente os objetivos ou propósitos das fontes analisadas, os conceitos adotados e os resultados relacionados à questão de revisão.

Os resultados podem ser classificados em categorias conceituais, tais como “tipo de intervenção”, “população do estudo” (tamanho da amostra, se for o caso), “duração da intervenção”, “objetivos”, “metodologia adotada”, “conclusões”, “evidências” e “lacunas de pesquisa”. Para cada categoria, uma explicação clara deve ser fornecida.

Além disso, apresentação dos resultados de uma *revisão de escopo* da JBI pode traçar o material revisado em forma lógica, diagramática ou tabular em um formato descritivo que se alinha com o objetivo e o conceito da revisão.

As tabelas, os gráficos e os quadros podem mostrar resultados como: distribuição de estudos por ano ou período de publicação (depende de cada caso), país de origem, área de intervenção (clínica, política, educação etc.) e métodos de pesquisa.

Os dados classificados resumidos e registrados para a presente *revisão de escopo* estão apresentados na seção resultados.

3. RESULTADOS

A busca online resultou em 786 estudos. Após a leitura cuidadosa dos títulos, resumos (ou somente título para aqueles que não possuíam resumo, utilizando o critério de consultar o artigo na íntegra quando havia dúvida), os estudos que não apresentavam relação alguma com a questão norteadora e com idioma diferente do inglês, francês, português e espanhol, foram excluídos, resultando em 155 artigos.

Destes 155 artigos eleitos, 20 são da LILACS, 3 da PubMed, 30 da CINAHL, 58 da PsycINFO, 33 da *Web of Science* e 11 da EMBASE. Excluídos 32 artigos repetidos, a seleção resultou em 15 da LILACS, 2 da PubMed, 28 da CINAHL, 35 da PsycINFO, 33 da *Web of Science* e 10 da EMBASE, resultando em 123 artigos selecionados.

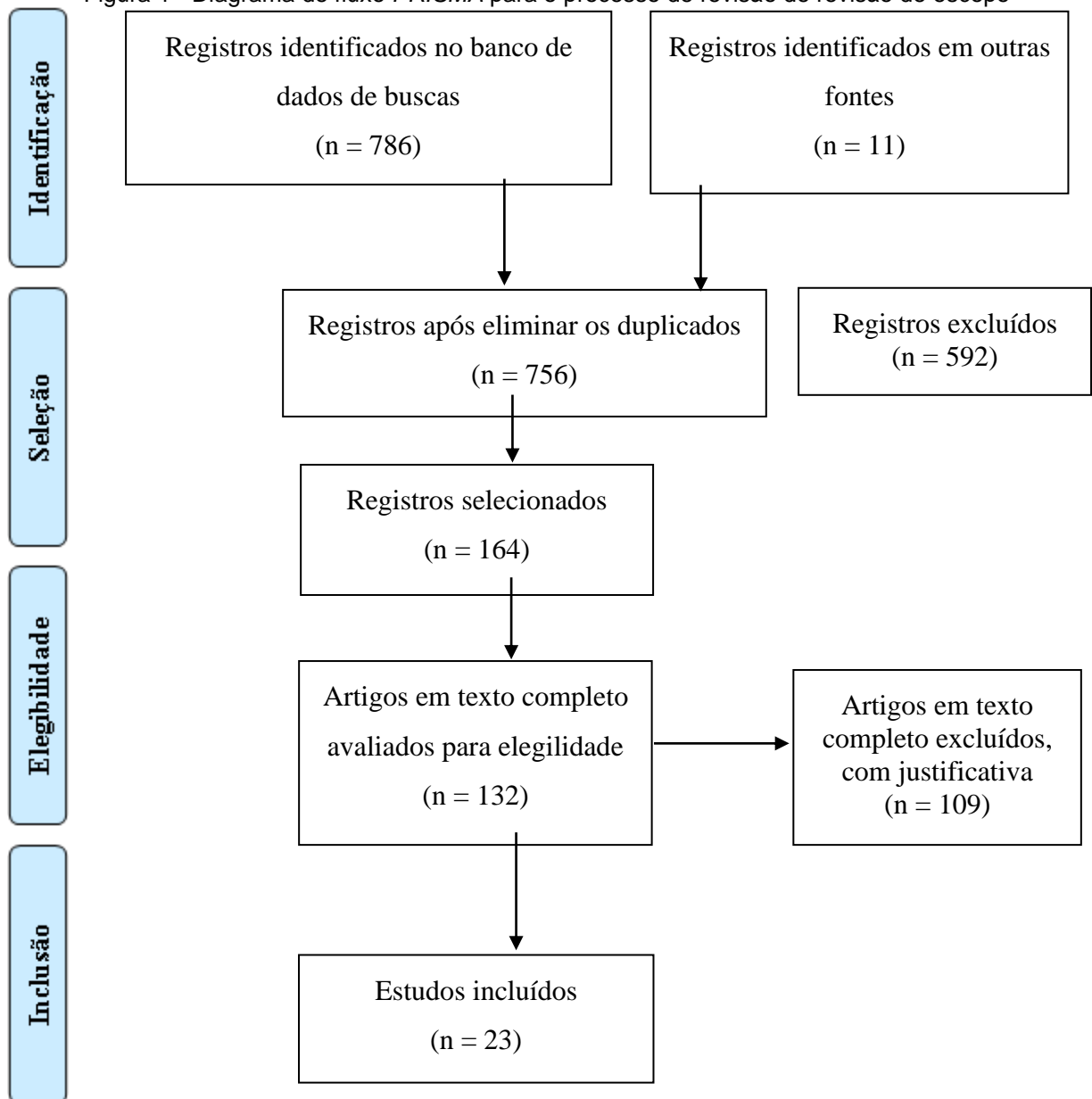
Quanto à literatura cinza, das 11 publicações elegíveis, após a leitura de títulos e resumos, foram excluídos dois estudos que não respondiam à questão norteadora.

Os 132 artigos resultantes foram lidos na íntegra e os que não tinham relação com a questão norteadora foram excluídos. Dois artigos foram excluídos por não contemplarem os critérios da língua, ou seja, não foram publicados em inglês, português, francês e espanhol. Uma referência se tratava de um capítulo de um livro e cinco artigos não foram encontrados após árdua busca, inclusive no COMUT tanto na Biblioteca Comunitária da UFSCar – São Carlos, quanto na Biblioteca Central da USP – Ribeirão Preto. Por meio da busca via COMUT nestas duas bibliotecas, 8 artigos na íntegra foram obtidos. Foram ainda excluídos os artigos em que as intervenções psicológicas não foram realizadas por psicólogos ou psiquiatras. Também foram excluídos os artigos que se referiam ao uso da diálise peritoneal, sendo incluídos apenas artigos em que a hemodiálise era realizada na máquina por se tratar do método mais utilizado no Brasil (PEREIRA *et al.*, 2016 e NEVES *et al.*, 2020).

A amostra final desta revisão resultou em 23 estudos.

O uso do diagrama de fluxo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - PRISMA* para o processo de revisão de escopo é recomendado no manual do *The Joanna Briggs Institute (2017)*. Com base nele, o fluxo para a busca e inclusão realizadas no presente estudo está representado na Figura 1.

Figura 1 - Diagrama de fluxo *PRISMA* para o processo de revisão de escopo



Fonte: Peters *et al.*, 2015 (adaptado pela autora).

O processo de inclusão e exclusão dos artigos é repetitivo e exaustivo, pois requer muitas leituras detalhadas e ainda ocorre na etapa seguinte, a de extrair os dados dos artigos selecionados, já que a releitura propicia maior refinamento na seleção dos estudos que atendem aos objetivos da revisão. Nesta etapa de releitura e extração de dados, 12 artigos foram excluídos por não atenderem ao critério de atendimento psicológico realizado por psicólogo ou psiquiatra.

De acordo com a recomendação do *Institute Joanna Briggs*, foi elaborado um instrumento de extração de dados que se encontra no Apêndice 1. Neste instrumento, constam, de cada artigo selecionado, autor, revista, ano, país e língua

do estudo, objetivo, amostra, tipo de estudo, intervenção realizada, principais resultados e conclusão.

Os estudos que compuseram a amostra quanto aos autores e títulos estão apresentados o Quadro 10:

Quadro 10 – Artigos que compuseram a amostra quanto à numeração, autores, ano de publicação e título.
Ribeirão Preto – SP

Nº	Autor(es)/Ano	Título
01	FERREIRA, 2017.	A construção da intersubjetividade no vínculo terapêutico com um paciente transplantado renal
02	GARCIA; BITTENCOURT, 2004	A contribuição da utilização dos recursos artísticos e lúdicos pelo psicólogo hospitalar no tratamento de pacientes renais no Hospital do Rim e Hipertensão
05	RESENDE <i>et al.</i> , 2007	Atendimento Psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: Em busca do ajustamento psicológico
06	ROQUES; POURRAT, 2011	<i>Dans l'entre deux de la creation de la fistule et de la mise en dialyse: un moment propice pour l'accompagnement du patient?</i>
07	CAMPBELL e SINHA, 1980	<i>Brief Group Psychotherapy with Chronic Hemodialysis Patients</i> Psicoterapia breve de grupo com pacientes crônicos em hemodiálise
09	JEAN-DIT-PANNEL; RIAZUELO; CUPA, 2018	<i>Le Travail de L'hypocondrie chez le sujet em insuffisance rénale chronique et hémodialysé</i> O trabalho da hipocondria em pacientes com insuficiência renal crônica e hemodiálise
10	HAILEY <i>et al.</i> , 2001	<i>Mental Health Services in na Outpatient Dialyisi Practice</i> Serviços de Saúde Mental em uma prática de diálise ambulatorial
12	PAULA <i>et al.</i> , 2017	Potencialidade do Lúdico como Promoção de Bem-Estar Psicológico com pacientes em hemodiálise
13	DEVINS <i>et al.</i> , 2005	<i>Predialysis psychoeducatio-nal intervention extends survival in CKD: A 20 year follow-up</i> Intervenção psicoeducacional na pré-diálise prolonga a sobrevivida na DRC: um acompanhamento de 20 anos
14	ALMANZA MUÑOZ <i>et al.</i> , 1995	<i>Psicoterapia de grupo com pacientes renales / Group psychotherapy for renal patients</i> Psicoterapia de grupo com pacientes renais
17	CAMPBELL e SINHA, 1983	<i>Psychoterapy and chronic hemodialysis</i> Psicoterapia e hemodiálise crônica
18	DE-NOUR, 1970	<i>Psychoterapy with patients on chronic hemodialysis</i> Psicoterapia com pacientes em hemodiálise crônica
19	VIEIRA <i>et al.</i> , 2009	Reabilitação psicossocial de pacientes com doença renal crônica: utilização da clínica ampliada

Continua

Cont. Quadro 10

21	CHERER; QUINTANA; LEITE, 2012	Repercussões psíquicas do adoecer: um relato de atendimentos na nefrologia
23	HUDSON <i>et al.</i> , 2017	<i>Tailored online cognitive behavioural therapy with or without therapist support calls to target psychological distress in adults receiving haemodialysis: A feasibility randomised controlled trial</i> Terapia cognitivo comportamental online sob medida com ou sem terapeuta com ligações de suporte para lidar com o sofrimento psicológico em adultos que recebem hemodiálise: um ensaio controlado randomizado de viabilidade
25	TOULABI <i>et al.</i> , 2016	The impact of multidisciplinary rehabilitation on the quality of life of hemodialysis patients in Iran O impacto da reabilitação multidisciplinar na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise no Irã
28	KOO <i>et al.</i> , 2005	<i>Treatment of depression and effect of antidepressant treatment on nutritional status in chronic hemodialysis patients</i> Tratamento da Depressão e Efeito de Tratamento antidepressivo no estado nutricional de pacientes em hemodiálise crônica
30	CUKOR, 2007	<i>Use of CBT to treat depression among patients on hemodialysis</i> Uso de TCC para tratar depressão entre pacientes em hemodiálise
31	SOHN <i>et al.</i> , 2018	<i>Effectiveness of group cognitive behavioral therapy with mindfulness in end-stage renal disease hemodialysis patients</i> Efetividade de terapia cognitivo comportamental em grupo com mindfulness (atenção plena) em pacientes renais terminais em hemodiálise
33	TUCKMAN, 1970	<i>Brief Psychotherapy and Hemodialysis</i> Psicoterapia Breve e hemodiálise
34	CHAN <i>et al.</i> , 2016	<i>Examining internet-delivered cognitive behaviour therapy for patients with chronic kidney disease on haemodialysis: A feasibility open trial</i> Examinando a terapia comportamental cognitiva entregue pela internet para pacientes com doença renal crônica em hemodiálise: Um ensaio aberto de viabilidade
35	HERNANDEZ <i>et al.</i> , 2018	<i>Feasibility of an Internet-based positive psychological intervention for hemodialysis patients with symptoms of depression</i> Viabilidade de uma intervenção psicológica positiva pela internet para pacientes de hemodiálise com sintomas de depressão

Continua

Cont. Quadro 10

37	HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012	<i>Citalopram Versus Psychological Training for Depression and Anxiety Symptoms in Hemodialysis Patient</i> Citalopram versus treinamento psicológico para depressão e sintomas ansiosos em pacientes em hemodiálise
Total de Artigos: 23		

Fonte: Elaborado pela Autora, 2021.

O Quadro 10 apresenta uma numeração não exatamente sequencial, pois no processo de extração de dados foi possível identificar 12 artigos que não atendiam aos critérios de inclusão deste estudo e foram excluídos.

Em relação ao período de publicação dos artigos que compuseram a amostra, os dados estão apresentados no Quadro 11:

Quadro 11 - Distribuição dos artigos, segundo o período de publicação. Ribeirão Preto – SP

Período	Identificação Artigos	Total Artigos
2010 a 2018	1, 6, 9, 12, 21, 23, 25, 31, 34, 35 e 37	11
2000 a 2009	2, 5, 10, 13, 19, 28 e 30	07
1990 a 1999	14 e 33	02
1980 a 1989	7 e 17	02
1970 a 1979	18	01
Total		23

Fonte: Elaborado pela Autora, 2021.

Os dados apresentados no Quadro 11 mostram que a maioria dos estudos selecionados foram publicados nos últimos 20 anos, quase metade deles nos últimos 10 anos, embora a busca nas bases não tenha sido realizada com filtros em relação ao período de tempo. Sendo assim, aparentemente, a necessidade do cuidado psicológico ao paciente na máquina de diálise nos últimos 20 anos tem se tornado um interesse e tema de pesquisa. Foram publicados entre os anos 2000 e 2009 sete artigos (HAILEY *et al.*, 2001; GARCIA, BITTENCOURT, 2004; DEVINS *et al.*, 2005; KOO *et al.*, 2005; RESENDE *et al.*, 2007; CUKOR, 2007 e VIEIRA *et al.*, 2009) e entre 2010 a 2018, 10 artigos (ROQUES; POURRAT, 2011; CHERER; QUINTANA; LEITE, 2012; HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012; CHAN *et al.*,

2016; TOULABI *et al.*, 2016; FERREIRA, 2017; HUDSON *et al.*, 2017; HERNANDEZ *et al.*, 2018; JEAN-DIT-PANNEL; RIAZUELO; CUPA, 2018 e SOHN *et al.*, 2018).

No que se refere ao país onde os estudos foram realizados, os dados estão apresentados no quadro 12:

Quadro 12 - Distribuição dos artigos, segundo o país de realização do estudo. Ribeirão Preto – SP

País	Identificação Artigo	Quantidade
Brasil	1, 2, 5, 12, 19 e 21, (1, 2 e 21 literatura cinza) (5, 12 e 19 LILACS)	06
França	6 e 9	02
Canadá	7, 13 e 17	03
México	14	01
Israel	18	01
Inglaterra	23	01
Irã	25 e 37	02
Coréia do Sul	28 e 31	02
USA	10, 30, 33 e 35	04
Austrália	34	01
Total de Artigos		23

Fonte: Elaborado pela Autora, 2021

Observa-se a publicação de estudos realizados em países de diferentes continentes. Entende-se que a maior frequência observada de estudos do Brasil tenha ocorrido devido à busca na literatura cinza, em função das ferramentas de busca utilizadas (Google Acadêmico e Portal de Periódicos da CAPES). Todo o processo de busca e seleção dos estudos sugeriu tratar-se de uma questão científica, em diferentes países, o cuidado com a saúde mental do paciente em hemodiálise.

A busca realizada no presente estudo resultou em seis estudos do Brasil (GARCIA; BITTENCOURT, 2004; RESENDE *et al.*, 2007; VIEIRA *et al.*, 2009; CHERER; QUINTANA; LEITE, 2012; PAULA *et al.*, 2017 e FERREIRA, 2017) dois da França (ROQUES; POURRAT, 2011 e JEAN-DIT-PANNEL; RIAZUELO; CUPA, 2018); três do Canadá (CAMPBELL e SINHA, 1980; CAMPBELL e SINHA, 1983 e DEVINS *et al.*, 2005); um do México (ALMANZA MUÑOZ *et al.*, 1995); um de Israel (DE-NOUR, 1970); um da Inglaterra (HUDSON *et al.*, 2017), dois do Irã (HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012 e TOULABI *et al.*, 2016); dois da Coréia do Sul (KOO *et al.*, 2005 e SOHN *et al.*, 2018); quatro do USA (TUCKMAN, 1970; HAILEY *et al.*, 2001; CUKOR, 2007; e HERNANDEZ *et al.*, 2018) e um da Austrália (CHAN *et al.*, 2016).

O quadro 13 apresenta a distribuição dos artigos segundo o tipo de estudo:

Quadro 13 - Distribuição dos artigos, segundo o tipo do estudo. Ribeirão Preto – SP

Tipos de estudos	Identificação Artigos	Quantidade
Experimental (Randomizados)	13, 23 e 37	03
Quase experimental e com características de quase experimental*	25 17 e 28	03
Estudo de caso e com características de estudo de caso*	1, 2 e 9 33	04
Estudo clínico de grupo único	34 e 35	02
Relato de experiência e com características de relato de experiência*	5 e 21 18,19 e 30	05
Com características de estudo descritivo*	7, 10, 12, 14 e 31	05
Com características de reflexão a partir da experiência clínica*	6	01
Total de Estudos		23

*Nos casos em que os autores não apontaram o tipo de estudo, foi utilizado o termo "Com características de..."

Fonte: Elaborado pela Autora, 2021

Nesta amostra, preponderam os estudos relato de experiência ou com características de relato de experiência (DE-NOUR, 1970; CUKOR, 2007; RESENDE *et al.*, 2007; VIEIRA *et al.*, 2009 e CHERER; QUINTANA; LEITE, 2012), com características de estudo descritivo (CAMPBELL e SINHA, 1980; ALMANZA MUÑOZ *et al.*, 1995; HAILEY *et al.*, 2001; PAULA *et al.*, 2017 e SOHN *et al.*, 2018), estudos de caso ou com características de estudo de caso (TUCKMAN, 1970; GARCIA; BITTENCOURT, 2004; FERREIRA, 2017; JEAN-DIT-PANNEL; RIAZUELO; CUPA, 2018), e experimental randomizados (DEVINS *et al.*, 2005; HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012 e HUDSON *et al.*, 2017) e quase experimental ou com características de quase experimental (CAMPBELL e SINHA, 1983; KOO *et al.*, 2005 e TOULABI *et al.*, 2016).

Os dados apresentados no Quadro 13 demonstram que apenas três dos estudos eleitos eram randomizados, o que pode indicar uma dificuldade de realização de estudos experimentais randomizados nesta temática.

São experimentais randomizados três estudos (DEVINS *et al.*, 2005; HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012 e HUDSON *et al.*, 2017), quase

experimental ou com características de quase experimental também três estudos (TOULABI *et al.*, 2016; CAMPBELL e SINHA, 1983; KOO *et al.*, 2005). Quatro são estudos de caso ou com características de estudo de caso (TUCKMAN, 1970; GARCIA; BITTENCOURT, 2004; FERREIRA, 2017 e JEAN-DIT-PANNEL; RIAZUELO; CUPA, 2018,). Dois são estudos clínicos de grupo único (CHAN *et al.*, 2016, HERNANDEZ *et al.*, 2018). Cinco são relatos de experiência ou com características de relato de experiência (DE-NOUR, 1970; CUKOR, 2007; RESENDE *et al.*, 2007; VIEIRA *et al.*, 2009; CHERER; QUINTANA; LEITE, 2012). Cinco estudos têm características de estudo descritivo (CAMPBELL e SINHA, 1980; ALMANZA MUÑOZ *et al.*, 1995; HAILEY *et al.*, 2001; PAULA *et al.*, 2017 e SOHN *et al.*, 2018). Um estudo tem características de reflexão, a partir da experiência clínica (ROQUES; POURRAT, 2011).

As intervenções psicológicas relatadas nos estudos que compuseram a amostra estão apresentadas no Quadro 14:

Quadro 14 – Modalidades de intervenção relatadas nos estudos que compuseram a amostra.
Ribeirão Preto – SP

Intervenção	Sessões	Número de Artigos	Identificação artigo
Terapia comportamental cognitivista	Online	02	23 e 34
	Individual intervenção psicoeducacional	02	13, 21
	Grupo	01	25
	Grupo e individual	02	30 e 31
Análise do comportamento	Individual	01	10
	Grupo	01	37
Psicoterapia de orientação psicanalítica	Individual	01	09
	Grupo (experiência interdisciplinar)	01	14
Psicoterapia biossintese	Individual	01	01
Psicologia positiva	Online	01	35
Acompanhamento psicológico²	Individual e grupo	01	28

Continua

² Os artigos mencionam o uso de acompanhamento psicológico, mas não se referem à fundamentação teórico técnica utilizada.

Cont. Quadro 14

Psicoterapia breve³	Individual	02	18 e 33
	Grupo	01	07
	Individual e grupo	01	17
Atendimento psicológico⁴	Individual	01	06
Recursos artísticos / atividades lúdicas / expressivas / cognitivas / socioculturais / de lazer / técnicas de relaxamento e visualização / leituras de estórias / palestras educativas e momentos de espiritualidade	Individual	03	02, 05 e 12
	Grupo	01	19

Fonte: Elaborado pela Autora, 2021

As intervenções foram denominadas no Quadro 14, de acordo como os autores se referem a elas nos estudos. As intervenções psicológicas realizadas nem sempre foram definidas ou descritas claramente pelos autores. Um estudo denominou a intervenção de acompanhamento psicológico na modalidade individual e grupo sem se referir à abordagem teórico técnica (KOO *et al.*, 2005).

De maneira similar, três estudos denominaram atendimento psicológico na forma individual (GARCIA; BITTENCOURT, 2004; RESENDE *et al.*, 2007 e ROQUES; POURRAT, 2011).

Também, há estudos que referiram utilizar recursos artísticos, atividades lúdicas, expressivas, cognitivas, socioculturais, de lazer, técnicas de relaxamento e visualização, leituras de estórias, palestras educativas e momentos de espiritualidade, com trabalho individual (GARCIA; BITTENCOURT, 2004; RESENDE *et al.*, 2007 e PAULA *et al.*, 2017) ou em grupo (VIEIRA *et al.*, 2009), como estratégias de aproximação e contato com os pacientes e também como estratégias de cuidado direcionados aos sintomas psíquicos, de enfrentamento e de adaptação à doença.

³ Os artigos mencionam o uso de Psicoterapia Breve, mas não se referem à fundamentação teórico técnica utilizada.

⁴ Os artigos mencionam o uso de Atendimento Psicológico, mas não se referem à fundamentação teórico técnica utilizada.

Alguns estudos citaram a fundamentação teórico técnica utilizada, tais como a psicoterapia individual baseada na biossíntese, mencionada em um estudo de caso (FERREIRA, 2017) e a psicologia positiva realizada *online* mencionada em outro estudo (HERNANDEZ *et al.*, 2018).

Também, dois estudos referiram utilizar a análise do comportamento, um com trabalho individual (HAILEY *et al.*, 2001), outro em grupo (HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012) e dois referiram utilizar a psicoterapia de orientação psicanalítica, sendo um com trabalho individual (JEAN-DIT-PANNEL; RIAZUELO; e CUPA, 2018) e um com trabalho em grupo (ALMANZA MUÑOZ *et al.*, 1995).

Dois estudos referiram realizar psicoterapia breve individual (DE-NOUR, 1970; TUCKMAN, 1970), um estudo cita a psicoterapia breve, tanto com trabalho individual quanto em grupo (CAMPBELL e SINHA, 1983) e outro dos mesmos autores só a utilizaram em grupo (CAMPBELL e SINHA, 1980).

A fundamentação teórico técnica mais frequentemente referida nos estudos que compuseram a amostra para as intervenções realizadas foi a teoria comportamental cognitiva, mencionada em sete estudos, sendo que, em dois deles foi relatada intervenção *online* individual (CHAN *et al.*, 2016 e HUDSON *et al.*, 2017), em dois intervenção presencial individual (DEVINS *et al.*, 2005 e CHERER; QUINTANA; LEITE, 2012), em um intervenção presencial em grupo (TOULABI *et al.*, 2016), e em dois intervenções presenciais individuais e em grupo (CUKOR, 2007 e SOHN *et al.*, 2018).

No quadro 15 são apresentados os estudos quanto ao objetivo, intervenção realizada e síntese dos principais resultados e conclusão:

Quadro 15 – Objetivos dos estudos, intervenção realizada, síntese dos resultados e conclusão. Ribeirão Preto – SP.

Artigo	Objetivo	Intervenção	Resultados e Conclusão
01	Refletir sobre a construção da intersubjetividade no vínculo terapêutico por meio do caso de um jovem renal crônico	Psicoterapia corporal biossíntese	Desenvolvimento afetivo, social, profissional do paciente.
02	Refletir sobre a possível contribuição do psicólogo aos pacientes por meio dos recursos artísticos	Atendimento psicológico individual Atividades expressivas	Os recursos artísticos auxiliam no contato e na expressão de conflitos e fantasias.

Continua

Cont. Quadro 15

05	Relatar a experiência de intervenção psicológica em uma clínica de hemodiálise	Atendimento psicológico individual Atividades expressivas	Intervenção psicológica pode contribuir tanto com o paciente quanto com a equipe no enfrentamento e adaptação às novas condições, às expressões das dores, promovendo reestruturação psíquica.
06	Identificar se entre a criação da fístula arteriovenosa e a hemodiálise é um bom momento para intervenção psicológica	Atendimento psicológico individual	A criação da fístula gera reações psíquicas e os pacientes podem se beneficiar de atendimento psicológico individual ou de grupo pré-diálise.
07	Determinar a efetividade de terapia de grupo breve com pacientes em hemodiálise, cada sessão sendo realizada enquanto os pacientes estavam em diálise	Psicoterapia breve de grupo	Os pacientes podem se beneficiar da terapia enquanto estão na máquina de diálise, que mina a possibilidade de usar negação o tempo todo. Como não houve grupo controle, ou comparação entre terapia individual e em grupo, não é possível comparar a efetividade entre as duas.
09	Estudar o trabalho da Hipocondria a partir de como a interioridade do corpo é redefinida pela experiência de uma doença somática crônica e de suas terapias	Psicoterapia de orientação psicanalítica individual	O trabalho da Psicoterapia com as queixas corporais e o trabalho da hipocondria possibilitaram o trabalho do sonho, estendendo-se à criação, a fim de reviver, re-humanizar e re-objetificar o sujeito.
10	Descrever a incidência de problemas de saúde mentais de pacientes em hemodiálise e um programa para prover serviços de saúde mental	Análise do comportamento individual	Este grupo indicado ao programa da saúde mental é particularmente vulnerável a uma grande quantidade de dificuldades psicológicas, emocionais, cognitivas e ainda passam a ter que lidar em conjunto com os problemas já próprios da condição renal e suas consequências para a saúde mental. Os resultados obtidos demonstraram evidências da necessidade de criar um programa comportamental efetivo.
12	Propor atividades lúdicas e relaxamento com grupos de pacientes durante as sessões de hemodiálise, na qual se realizaram atividades lúdicas, relaxamento e visualização, entrevista em profundidade e aplicação de escala Likert	Atividades expressivas individual	Melhora relativa do humor, melhor enfrentamento da situação e da expressão de necessidades subjetivas singulares.

Continua

Cont. Quadro 15

13	Examinar a sobrevida a longo prazo após intervenção psicoeducacional pré-diálise precoce comparada ao tratamento nefrológico tradicional	Terapia comportamental cognitiva individual psicoeducacional	A intervenção psicoeducacional na pré-diálise é uma intervenção segura e útil que contribui de forma valiosa para o cuidado pré-dialítico multidisciplinar. Nenhuma vantagem significativa de sobrevida foi evidente no encaminhamento precoce à nefrologia ou na combinação de encaminhamento precoce e intervenções psicoeducacionais na pré-diálise.
14	Verificar o manejo da psicoterapia de grupo breve interdisciplinar como alternativa de intervenção	Psicoterapia de orientação psicanalítica de grupo	Melhoras clínicas, aderência terapêutica, diminuição de conflitos intrafamiliares, um aumento das redes de apoio. Conclui-se que a psicoterapia é um caminho indispensável para a recuperação de pacientes renais crônicos e que tal pesquisa mostrou-se como um estímulo para que novas e maiores sejam realizadas futuramente.
17	Verificar a eficácia da psicoterapia de grupo em comparação à psicoterapia individual aplicadas a pacientes em hemodiálise	Psicoterapia breve individual e grupo	Demonstraram a importância do tratamento psiquiátrico de pacientes em hemodiálise. Os critérios utilizados para a seleção de pacientes para programas de terapia individual ou em grupo pareceram eficazes no que diz respeito ao resultado da terapia. Ambas as intervenções beneficiaram os pacientes, mas a de grupo mostrou-se mais efetiva para os critérios escolhidos. Reforça a necessidade de intervenção psicológica a estes pacientes.
18	Apresentar as indicações de psicoterapia com pacientes em hemodiálise crônica e as objeções subjetivas e objetivas a tal tratamento	Psicoterapia breve individual	As dificuldades encontradas em psicoterapia com pacientes com vida com limitações aparecem e quando superadas os resultados parecem benéficos.
19	Relatar propostas de intervenções multiprofissionais aos pacientes com o intuito de aumentar os recursos para o enfrentamento da doença	Atividades expressivas em grupo	Os recursos de reabilitação impulsionaram o paciente renal crônico a comportamentos mais construtivos frente às dificuldades. Mostraram-se relevantes para promover suporte emocional aos pacientes e compreensão das questões relativas à doença, para que consigam exercer melhor suas funções afetivas, ocupacionais e sociais, melhorando, assim, sua qualidade de vida.

Continua

Cont. Quadro 15

21	Relatar a experiência do serviço de psicologia prestado aos pacientes de uma unidade de nefrologia em um hospital público	Psicoterapia breve individual	Percebeu-se uma recusa extrema de lidar com as repercussões da doença e uma incessante postura de obtenção de prazer perante os conflitos, sendo isso perceptível pelo caráter ora de punição, ora de humor e, ainda, pelos benefícios secundários que a doença pode proporcionar na vida do doente renal. Conclui-se que, por meio de uma escuta e de um espaço terapêutico, os sujeitos têm ganhado em seu bem-estar, e a presença da psicologia tem auxiliado no aperfeiçoamento do atendimento e de uma melhor adaptação do paciente à cronicidade da doença e às suas repercussões.
23	Avaliar a viabilidade e aceitabilidade da terapia cognitivo comportamental online para o tratamento de pacientes em hemodiálise	Terapia comportamental cognitiva online	A Terapia Comportamental Cognitiva <i>online</i> parece viável, mas apenas para pacientes com conhecimentos de informática que se identificam vivendo sofrimento psíquico. Um estudo definitivo usando os métodos atuais para triagem de sofrimento psíquico e atendimento <i>online</i> é inviável.
25	Determinar o impacto da reabilitação multidisciplinar na qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise	Terapia comportamental cognitiva em grupo	A classificação qualitativa do QLI-2 mostrou melhora após a intervenção. Programas de reabilitação melhoram a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. Recomenda-se a implementação de programas de reabilitação em centros de hemodiálise com a participação de especialistas de diferentes áreas, incluindo psicólogos clínicos.
28	Avaliar o efeito do tratamento antidepressivo no estado nutricional em pacientes em hemodiálise crônica deprimidos	Acompanhamento psicológico individual e grupo	Redução da severidade dos sintomas depressivos, aumento da taxa catabólica normalizada de proteínas, albumina e níveis de nitrogênio e de ureia no sangue pré-diálise. No grupo controle nenhuma alteração significativa foi observada. Isto sugere que medicamentos antidepressivos com psicoterapia de suporte podem tratar completamente a depressão e melhorar o estado nutricional de pacientes em hemodiálise crônica com depressão.

Continua

Cont. Quadro 15

30	Proporcionar reestruturação cognitiva e aquisição de novos comportamentos em pacientes em hemodiálise que apresentam quadros depressivos	Terapia comportamental cognitiva individual e grupo	Houve uma melhora significativa em relação às taxas habituais de acompanhamentos psiquiátricos e todos os pacientes apresentaram uma diminuição significativa nos escores do <i>Beck Depression Inventory/Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)</i> na conclusão do tratamento. TCC promete ser um bom tratamento de escolha para tratar a depressão entre pacientes com doenças renais crônicas.
31	Observar a eficácia de um programa de terapia cognitivo comportamental em grupo sobre depressão e a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise	Terapia comportamental cognitiva individual e grupo	Neste estudo piloto, um estudo de TCC que inclui meditação <i>mindfulness</i> melhorou a saúde mental geral, níveis de marcadores de saúde e bioquímicos em pacientes com doença renal crônica.
33	Identificar como pacientes em hemodiálise podem se beneficiar ao ter acesso à psicoterapia breve	Psicoterapia breve individual	Psicoterapia breve pode ser muito benéfica a pacientes que estão submetidos a um grande estresse, como da hemodiálise, especialmente com episódios psicóticos, e que a terapia breve focaria nos sintomas mais aparentes, ajudando o paciente a manejá-los melhor.
34	Explorar a aceitabilidade e a eficácia preliminar do iCBT para depressão e ansiedade entre pacientes com DRC em hemodiálise	Terapia comportamental cognitiva online	Melhoras clinicamente significativas foram observadas nos resultados primários da depressão, ansiedade e angústia geral, que foram mantidas ou melhoradas para o seguimento de três meses. Também, melhoras na qualidade de vida e perdas relacionadas à doença renal. Os resultados valorizam o potencial do iCBT como inovação que facilita o acesso a um tratamento psicológico eficaz para pacientes com DRC e fornecem suporte para mais pesquisas nessa área.
35	Determinar a viabilidade e aceitabilidade da psicologia positiva baseado na Internet para pacientes com doença renal e sintomatologia depressiva	Psicologia positiva online	Os participantes se sentiram satisfeitos com cada sessão e ofereceram <i>feedback</i> consistentemente positivo. A intervenção online realizou-se de forma útil e viável para pacientes com doença renal e sintomas depressivos.

Continua

Cont. Quadro 15

37	Comparar a eficácia do treinamento psicológico ao medicamento antidepressivo citalopram, no tratamento de depressão e ansiedade de pacientes em hemodiálise	Análise do comportamento do grupo	Os resultados demonstraram não haver diferença significativa entre os escores dos dois grupos em questão. Em contrapartida, dentro de cada grupo, observou-se uma mudança significativa nos escores após a intervenção (administração da droga e o treinamento terapêutico). Conclui-se que o tratamento terapêutico possui relevância similar ao medicamentoso. Os pesquisadores sugerem que novos estudos sejam realizados com uma maior amostragem e com a adição de novas variáveis.
----	---	-----------------------------------	--

Fonte: Elaborado pela Autora, 2021

Houve estudos com o objetivo de relatar casos ou experiências (HAILEY *et al.*, 2001; GARCIA; BITTENCOURT, 2004; RESENDE *et al.*, 2007; VIEIRA, 2009; CHERER; QUINTANA; LEITE, 2012 e FERREIRA, 2017), de propor experiências inovadoras de intervenção (HAILEY *et al.*, 2001; CUKOR, 2007; PAULA *et al.*, 2017; JEAN-DIT-PANNEL; RIAZUELO; CUPA, 2018).

Koo *et al.* (2005) tinham por objetivo avaliar o efeito de um tratamento combinando acompanhamento psicológico e medicação antidepressiva, enquanto Toulabi *et al.* (2016) objetivaram verificar impacto da reabilitação multiprofissional na qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise, e Tuckman (1970), explorar o benefício de ter acesso a psicoterapia breve.

Houve também o objetivo de investigar o momento mais apropriado para a intervenção psicológica a ser utilizada ao renal crônico (ROQUES e POURRAT, 2011). De-Nour (1970) intenta apresentar as indicações de psicoterapia com pacientes em hemodiálise crônica e as objeções subjetivas e objetivas a tal tratamento, enquanto Almanza Munõz *et al.* (1995) objetivaram verificar o manejo da psicoterapia de grupo breve interdisciplinar como alternativa de intervenção.

Diferentes estudos objetivaram explorar a eficácia da intervenção utilizada (CAMPBELL e SINHA, 1980; CAMPBELL e SINHA, 1983; DEVINS *et al.*, 2005; HOSSEINI, ESPAHBODI, GOUDARZI, 2012; CHAN *et al.*, 2016 e SOHN *et al.*, 2018) e verificar a viabilidade e aceitabilidade das intervenções (CHAN *et al.*, 2016; HUDSON *et al.*, 2017 e HERNANDEZ *et al.*, 2018).

Observando-se o Quadro 15, quanto aos resultados das intervenções, nota-se que todos os estudos referiram melhora dos pacientes após intervenção psicológica.

O desenvolvimento afetivo, social, profissional do paciente foi identificado em um estudo de caso (FERREIRA, 2017), utilizando a psicoterapia baseada na biossíntese, assim como Garcia e Bittencourt (2004) referiram que o atendimento psicológico, utilizando recursos artísticos, auxiliou no contato do psicólogo com o paciente e a expressão de conflitos e fantasias.

Resende *et al.* (2007) apontaram que o atendimento psicológico utilizando atividades expressivas contribuiu no enfrentamento ao sofrimento da situação de hemodiálise, tanto dos pacientes quanto da equipe de saúde, assim como contribuiu à adaptação dos pacientes e à possibilidade de expressão de suas dores, promovendo reestruturação psíquica.

Roques e Pourrat (2011) apontaram benefício tanto do atendimento psicológico individual quanto do de grupo pré-diálise.

Campbell e Sinha (1980) indicam que os pacientes podem se beneficiar da psicoterapia enquanto estão na máquina de diálise, que mina a possibilidade de usar negação o tempo todo. Como não houve grupo controle, ou comparação entre terapia individual e em grupo, e foi utilizada só a psicoterapia de grupo, não foi possível comparar a efetividade entre as duas. Os mesmos autores, em outro trabalho de 1983, utilizando tanto a intervenção individual como a de grupo, referem que ambas beneficiaram os pacientes, mas a de grupo mostrou-se mais efetiva para os critérios escolhidos. Não há referência de como isso foi avaliado.

Jean-Dit-Pannel, Riazuelo e Cupa (2018) referem que os pacientes podem se beneficiar da psicoterapia de orientação psicanalítica trabalhando queixas corporais e a hipocondria, possibilitando o trabalho do sonho, estendendo-se à criatividade, a fim de reviver, re-humanizar e re-objetificar o sujeito.

Hailey *et al.* (2001) apresentam dados da necessidade de criar um programa comportamental no cuidado do paciente em hemodiálise, e assim como Paula *et al.* (2017), que também utilizaram atividades expressivas, referem que a intervenção propiciou melhora relativa do humor e contribuiu para melhor enfrentamento da situação e para a expressão de necessidades subjetivas singulares.

Devins *et al.* (2005) apresentam uso da TCC na intervenção psicoeducacional na pré-diálise como segura e útil, contribuindo de forma valiosa para o cuidado pré-dialítico multidisciplinar.

Almanza Muñoz *et al.* (1995), utilizando psicoterapia de orientação psicanalítica em grupo, apontam ter encontrado melhoras clínicas, aderência

terapêutica, diminuição de conflitos intrafamiliares e um aumento das redes de apoio.

De-Nour (1970) mostra que as dificuldades encontradas em psicoterapia com pacientes com vida com limitações aparecem na psicoterapia renais crônicos em hemodiálise e que, quando superadas, os resultados parecem benéficos. Vieira *et al.* (2009) referem que os recursos de reabilitação utilizados impulsionaram o paciente renal crônico a comportamentos mais construtivos frente às dificuldades e que têm se mostrado relevantes para promover suporte emocional a esses pacientes e à compreensão das questões relativas à doença, para que consiga exercer melhor suas funções afetivas, ocupacionais e sociais, melhorando, assim, sua qualidade de vida. Não há referência de como isto foi avaliado.

Cherer, Quintana e Leite (2012), utilizando um relato de experiência, referem que, por meio de uma escuta e de um espaço terapêutico, os sujeitos têm ganhado em seu bem-estar, e a presença da Psicologia tem auxiliado no aperfeiçoamento do atendimento e de uma melhor adaptação do paciente à cronicidade da doença e às suas repercussões.

Hudson *et al.* (2017) referem que a terapia comportamental cognitiva *online* parece viável, mas apenas para pacientes com conhecimentos de informática e que se identificam vivendo sofrimento psíquico.

Toulabi *et al.* (2016), utilizando TCC, apontam que programas de reabilitação melhoram a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise, e Koo *et al.* (2005) apresentam que medicamentos antidepressivos com psicoterapia de suporte podem tratar completamente a depressão e melhorar o estado nutricional de pacientes em hemodiálise crônica com depressão.

Cukor (2007) refere que TCC promete ser um bom tratamento de escolha para a depressão entre pacientes com doenças renais crônicas e Sohn *et al.* (2018), utilizando TCC e incluindo meditação *mindfulness*, relatam melhora na saúde mental geral e de níveis de marcadores de saúde e bioquímicos em pacientes com doença renal crônica.

Tuckman (1970) relata que a psicoterapia breve pode ser muito benéfica a pacientes que estão submetidos a um grande estresse, como da hemodiálise.

Chan *et al.* (2016), utilizando TCC online, apontam melhoras nos resultados primários da depressão, ansiedade e angústia geral, que foram mantidas no seguimento de 3 meses, e também melhoras na qualidade de vida e perdas

relacionadas à doença renal, afirmando que tais resultados valorizam o potencial do iCBT como inovação que facilita o acesso a um tratamento psicológico eficaz para pacientes com DRC e sugerem mais pesquisas nessa área.

Hernandez *et al.* (2018) referem que psicologia positiva online é útil e viável para pacientes com doença renal com sintomas depressivos.

Hosseini, Espahbodi e Goudarzi (2012), utilizando análise de comportamento e o medicamento antidepressivo citalopram, relatam concluir que o tratamento psicoterapêutico possui relevância similar ao medicamentoso.

Podemos observar que vários estudos referem que, com a intervenção psicológica, houve melhora do humor e depressão (TUCKMAN, 1970; KOO *et al.*, 2005; CUKOR, 2007; HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012; CHAN *et al.*, 2016; TOULABI *et al.*, 2016; PAULA *et al.*, 2017 e HERNANDEZ *et al.*, 2018), melhora da qualidade de vida (VIEIRA *et al.*, 2009; CHAN *et al.*, 2016 e TOULABI *et al.*, 2016), melhora clínica (ALMANZA MUÑOZ *et al.*, 1995; KOO *et al.*, 2005; CHAN *et al.*, 2016; TOULABI *et al.*, 2016 e SOHN *et al.*, 2018) e melhora da saúde mental (TUCKMAN, 1970 e SOHN *et al.*, 2018).

Alguns destacam melhora no enfrentamento à doença e adesão e adaptação ao tratamento dialítico (ALMANZA MUÑOZ *et al.*, 1995; RESENDE *et al.*, 2007; VIEIRA *et al.*, 2009 e PAULA *et al.*, 2017).

No Quadro 16, são apresentados em destaque os estudos experimentais e quase experimental, intervenção realizada e seus principais resultados.

Quadro 16 – Estudos experimentais e quase-experimental e seus resultados

Autor (ano)	Tipo de estudo	Intervenção	Resultados
Devins (2005)	Experimental randomizado	TCC individual psicoeducacional	A intervenção psicoeducacional na pré-diálise é uma intervenção segura e útil que contribui de forma valiosa para o cuidado pré-dialítico multidisciplinar. Nenhuma vantagem significativa de sobrevida foi evidente no encaminhamento precoce à nefrologia ou na combinação de encaminhamento precoce e intervenções psicoeducacionais na pré-diálise.

Continua

Cont Quadro 16

HOSSEINI; GOUDARZI (2012)	Experimental randomizado	Análise de comportamento em grupo	Os resultados demonstraram não haver diferença significativa entre os escores dos dois grupos em questão. Em contrapartida, dentro de cada grupo, observou-se uma mudança significativa nos escores após a intervenção (administração da droga e o treinamento terapêutico). Conclui-se que o tratamento terapêutico possui relevância similar ao medicamentoso. Os pesquisadores sugerem que novos estudos sejam realizados com uma maior amostragem e com a adição de novas variáveis.
HUDSON <i>et al.</i> (2017)	Experimental randomizado	TCC online	A Terapia Comportamental Cognitiva <i>online</i> parece viável, mas apenas para pacientes com conhecimentos de informática que se identificam vivendo sofrimento psíquico.
TOULABI <i>et al.</i> (2016).	Estudo quase experimental	TCC em grupo	A classificação qualitativa do QLI-2 mostrou melhora após a intervenção. Programas de reabilitação melhoram a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. Recomenda-se a implementação de programas de reabilitação em centros de hemodiálise com a participação de especialistas de diferentes áreas, incluindo psicólogos clínicos.

Fonte: Elaborada pela autora

No Quadro 16, estão destacados quatro estudos, nos quais tanto os procedimentos dos atendimentos, quanto os fundamentos teórico técnicos, estão bem definidos, assim como o tipo de estudo utilizado, dando maior sustentação para os resultados científicos obtidos. Três deles são experimentais randomizados (DEVINS *et al.*, 2005; HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012 e HUDSON *et al.*, 2017) e um é quase experimental (TOULABI *et al.*, 2016). Os resultados destes estudos se referem à utilidade da intervenção psicoeducacional no período pré-diálise, apresentando a TCC individual como valiosa, mas sem evidências de contribuição à sobrevivência do paciente (DEVINS *et al.*, 2005). No estudo de Hudson *et al.* (2017), o destaque do resultado é a viabilidade da TCC online para pacientes com conhecimento de informática e que se identificam vivendo sofrimento psíquico. Ainda entre esses estudos, o de Toulabi *et al.* (2016) indica melhoras na qualidade

de vida com a implementação de programas de reabilitação, incluindo psicólogos clínicos com o uso de TCC em grupo; e o de Hosseini e Goudarzi (2012) refere que o tratamento psicoterapêutico, análise do comportamento em grupo, possui relevância similar ao medicamentoso em pacientes deprimidos. Em dois estudos, (DE-NOUR, 1970 e CAMPBELL e SINHA, 1983) quase experimentais, embora a fundamentação teórico técnica das intervenções não tenha sido claramente apresentada, os resultados revelaram que o uso de psicoterapia breve, tanto individual quanto em grupo, beneficia os pacientes em relação ao impacto psíquico da DRC com necessidade de hemodiálise.

4. DISCUSSÃO

Observou-se nesta revisão de escopo que a maioria dos estudos selecionados foram publicados nos últimos 20 anos, mas nota-se que, desde 1970, já encontramos estudos dando publicidade ao cuidado psicológico especializado aos pacientes renais crônicos em hemodiálise. São estudos realizados em diversos países e em vários continentes, apontando a preocupação com esse cuidado psicológico como um fenômeno mundial.

A revisão realizada (786 estudos), mesmo antes que refinada em todos os seus critérios, sugere a relevância científica do cuidado da saúde mental da pessoa portadora de doença renal crônica – tanto na máquina de hemodiálise, como em diálise peritoneal – e que tem sido objeto de interesse, tema de pesquisa e de estudo com muita frequência nos últimos anos.

Na amostra selecionada (23 estudos), de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, sempre há alguma intervenção psicológica proposta aos pacientes em hemodiálise, na realidade, diversas modalidades de intervenção ou cuidado psicológico, com o objetivo de contribuir aos sintomas psíquicos manifestados e também aos principais impactos psíquicos da hemodiálise. A começar que o diagnóstico pode surpreender o paciente, o qual, muitas vezes, nem sabia que tinha a doença e já há a necessidade da escolha de um método dialítico e preparo de um acesso à diálise (ABDULKADER *et al.*, 2003 e AFSAR *et al.*, 2012), requerendo ainda mudanças nos hábitos de vida e a adesão a todas as recomendações e tratamentos para evitar o agravamento da doença. Ocorre frequentemente uma recusa e negação em compreender, aceitar e lidar com estas repercussões da doença (CAMPBELL e SINHA, 1980; ROQUES; POURRAT, 2011 e CHERER; QUINTANA; LEITE, 2012).

Ampla literatura descreve os impactos físicos, tais como perdas e disfunções com mudanças corporais, por exemplo, na cor e textura da pele com ressecamento, alteração no apetite e peso (HIGA, 2008), fadiga, dor, câibras musculares, dificuldade para dormir e insônia, disfunção sexual (ABDEL-KADER; UNRUH e WEISBORD, 2009).

A hemodiálise, a principal forma de terapia de substituição renal, tem implicações físicas e psicológicas que podem ter um grande impacto na sexualidade e desempenho sexual de homens e mulheres (BEAL-LLOYD e GROH, 2012), ou

seja, por todos estes motivos, pode prejudicar consideravelmente a autoimagem do indivíduo (HIGA, 2008).

Chaiviboontham; Phinitkhajorndech e Tiansaard (2020) relatam encontrar 8 grupos de sintomas somáticos: 1) gastrointestinal, 2) musculoesquelético e volume de fluido; 3) neurológico; 4) irritação das membranas mucosas e pele; 5) depressão; 6) distúrbio do sono; 7) sexual; 8) e anêmico.

Conforme já descrito, a doença renal crônica também demanda modificações nos hábitos alimentares, com restrição na ingestão de líquidos, cuidados redobrados de higiene e o comparecimento três vezes na semana, por quatro horas, em uma clínica para realizar o tratamento de filtração do sangue, a diálise (GARCIA; BITTENCOURT, 2004).

O principal componente da experiência dos pacientes quando tomam consciência da doença são as limitações que ela impõe. A doença crônica prejudica e restringe a vida dos pacientes, provocando uma sensação de perda das funções existentes (KRESPI *et al.*, 2008).

Além do tratamento hemodialítico, e de precisar se submeter às restrições hídricas e alimentares, conforme já citado, as consultas a médicos, medicações e exames são frequentes. Tão impactante quanto tudo isto é a necessidade de se submeter a uma cirurgia para fazer a fístula arteriovenosa para o acesso dialítico ou, em caso de emergência, a necessidade da instalação de um cateter (ABDULKADER *et al.*, 2003).

Do ponto de vista psíquico, é despertada muita angústia, ainda mais quando o paciente não apresenta sinais e sintomas evidentes, por exemplo, não sente dor e urina normalmente (FAYER, 2010). Além dos já descritos sintomas somáticos, grande quantidade de estudos evidenciam as limitações no cotidiano do paciente renal crônico que depende do tratamento dialítico, há perdas e mudanças psicossociais, interferindo em sua qualidade de vida. Assim, além das mudanças na alimentação, das restrições hídricas, na sexualidade, na imagem corporal, somam-se limites vocacionais e no trabalho, no lazer, na escolaridade, nas relações sociais, afetivas, familiares. Por consequência, os estudos relatam que todos estes prejuízos afetam a qualidade de vida do portador de DRC (MARTINS; CESARINO, 2005; WEISBORD; MCGILL; e KIMMEL, 2007; ABDEL-KADER; UNRUH e WEISBORD, 2009; AFSAR *et al.*, 2012; RAMER *et al.*, 2012; MCKERCHER; SANDERSON e

JOSE, 2013; GOYAL; CHAUDHURY e SALDANHA, 2018 e KIM; KANG; WOO, 2018).

Subitamente, o corpo é invadido e marcado concretamente pela doença e, como se não bastasse a vivência interna desta experiência violenta, há, conforme já citado, o impacto social, pois as marcas no corpo são visíveis, especialmente o cateter, e a pessoa tem que lidar com a reação social aos sinais externos de que possui uma doença e de que está em tratamento. Ainda que o paciente já conviva com a doença – fazendo tratamento conservador – e tenha um preparo pré-dialítico, o impacto psicológico da entrada na diálise é muito grande.

Há o agravante que, a partir de então, sua rotina incluirá o procedimento dialítico diariamente (se for diálise peritoneal), ou praticamente em dias alternados (se o procedimento for na máquina de hemodiálise). O paciente, mesmo que já tivesse sintomas e algumas dificuldades com a insatisfatória função renal, tem sua vida completamente transformada: é oficialmente um doente renal que não pode trabalhar nas horas que se dedica ao tratamento, o que inclui deslocamento e tempo de permanência na máquina, médicos e consultas frequentes, além de todas as outras restrições já citadas, que influenciam muito em sua vida familiar e social. Todo este processo descrito vivido pelo doente renal crônico em hemodiálise mobiliza imensa dor e angústia psíquicos, que se acumulam a outras angústias e impotências diante da rotina envolvida no cuidado dialítico, inclusive a dependência do procedimento dialítico para sua sobrevivência. Todas estas mudanças e limitações passam a fazer parte do dia a dia do paciente renal crônico, que tem que tentar assimilar e elaborar a mobilização de angústias bastante profundas.

Alguns conseguem se adaptar mais facilmente e de forma mais satisfatória às restrições, às dificuldades, à realidade do tratamento, aceitam a nova rotina diária e a integram em sua vida; mas outros assimilam as informações e até seguem as orientações médicas, mas não conseguem refazer a própria vida; e outros, ainda, têm bastante dificuldade em compreender o que acontece, aceitar e aderir ao tratamento, resistindo e recorrendo a negações, distorções de entendimento e culpabilizações de toda ordem (CAMPBELL e SINHA, 1980; ROQUES; POURRAT, 2011 e NAKAO, 2013).

A objetividade, ainda que necessária, do cuidado da equipe de saúde, mesmo que a cada dia cresçam o conhecimento e a compreensão das dificuldades psicossociais dos pacientes, não dá conta do sofrimento do indivíduo, que viverá a

doença a partir da sua singularidade, das suas condições e estrutura psíquicas para lidar com os desafios e as dificuldades que a vida impõe (LIN; HAN e PAN, 2015 e TREADWELL, 2017).

O relato de todos os impactos biopsicossociais da hemodiálise e da doença renal crônica parece já suficiente para convocar a contribuição dos profissionais psicólogos e psiquiatras. Mas, para além disso, a literatura científica nacional e internacional, ao longo de muitos anos, é unânime em descrever a alta prevalência de angústia, de ansiedade e de depressão nas pessoas portadoras da doença renal crônica, como fatores que podem interferir na qualidade de vida e até no curso do tratamento e da doença (ALMEIDA; MELEIRO, 2000; DINIZ e SCHOR, 2006; KIMURA e OZAKI, 2006; BARBOSA, BASTOS E ANDRADE, 2007; CHICOLT *et al.*, 2008; CUKOR *et al.*, 2008; FERROZE *et al.*, 2010; GARCÍA-LLANA *et al.*, 2014; NG *et al.*, 2015; OTAVIANI *et al.*, 2016 GOYAL; CHAUDHURY e SALDANHA, 2018; GAGNIER e PIEPER, 2019 e PRETTO *et al.*, 2020). Trata-se de literatura ampla, robusta e construída especialmente nos últimos vinte anos. Diante de inúmeros estudos e da descrição de tanto sofrimento e dor psíquica, fica evidente a necessidade do cuidado psicológico. Estes estudos sobre os sintomas psicossociais, em sua grande maioria, finalizam indicando a necessidade do cuidado psicológico a esses pacientes. Recomendam, então, que não somente se cuide da depressão e da ansiedade na doença renal crônica, mas também de todos os impactos psicossociais aos quais os pacientes estão sujeitos. Esta percepção e conscientização tem, pouco a pouco, incluído na equipe de cuidado profissionais psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, assim como nutricionista, terapeuta ocupacional, educador físico, além, obviamente, dos fundamentais profissionais de Enfermagem e Medicina. Essa literatura acerca da saúde mental do renal crônico aponta a necessidade – e não deixa dúvidas – da premência do cuidado psicológico especializado.

No Brasil, em 1996, foi publicada a primeira portaria recomendando a presença de psicólogo no acompanhamento aos renais crônicos em hemodiálise (BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 2042 de 11 de outubro de 1996. DOU Nº 199 de 14/10/1996). Esta indicação começou a ser implementada de maneira tímida, mas, pouco a pouco, muitos serviços de renais crônicos, tanto ambulatórios de hemodiálise como serviços de pré e pós transplante, passaram a contar com o trabalho do psicólogo na equipe multiprofissional, ao lado de nutricionistas,

assistentes sociais e outros, tanto no cuidado a adultos como também a crianças e adolescentes renais crônicos. Pode-se também encontrar na Resolução – RDC Nº 154, de 15 de junho de 2004, a recomendação de psicólogo na equipe (BRASIL, 2004).

Em cadernos de atenção básica na prevenção de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (BRASIL, 2006), há a recomendação de inserção de outros profissionais na equipe multiprofissional, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos e professores de educação física.

Há, também, a portaria recente que continua confirmando a recomendação de psicólogos nas equipes de hemodiálise, Portaria Nº 1.675, de 7 de junho de 2018 (BRASIL, 2018).

Esta revisão de escopo realizada acerca deste cuidado psicológico a renais crônicos indica que se está ainda, de certa maneira, no início de uma construção de conhecimento sobre esse tema, embora tenham sido encontrados estudos desde 1970. Todos os 23 estudos selecionados relatam benefícios aos sintomas apresentados pelos pacientes.

Os estudos da amostra desta revisão descrevem as principais manifestações psíquicas, sintomas e queixas dos pacientes, os quais são também citados fartamente na literatura, conforme já descrito. Entre os principais achados nos estudos que compuseram a amostra estão depressão (CAMPBELL e SINHA, 1980; CAMPBELL e SINHA, 1983; ALMANZA MUÑOZ *et al.*, 1995; KOO *et al.*, 2005; CUKOR, 2007; VIEIRA *et al.*, 2009; ROQUES; POURRAT, 2011; HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012; CHAN *et al.*, 2016; HUDSON *et al.*, 2017; HERNANDEZ *et al.*, 2018 e SOHN *et al.*, 2018), ansiedade (DE-NOUR, 1970; VIEIRA *et al.*, 2009; ROQUES; POURRAT, 2011; HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012; CHAN *et al.*, 2016 e HUDSON *et al.*, 2017), angústia (RESENDE *et al.*, 2007; CHAN *et al.*, 2016 e HUDSON *et al.*, 2017), qualidade de vida avaliada como abaixo do desejável (VIEIRA *et al.*, 2009; TOULABI *et al.*, 2016 e SOHN *et al.*, 2018), sintomas psíquicos (GARCIA; BITTENCOURT, 2004 e RESENDE *et al.*, 2007), prejuízos na vida social e afetiva (GARCIA; BITTENCOURT, 2004 e FERREIRA, 2017), medo da morte (CAMPBELL e SINHA, 1980 e RESENDE *et al.*, 2007), trauma (ROQUES; POURRAT, 2011 e JEAN-DIT-PANNEL; RIAZUELO; CUPA, 2018), negação e recusa a lidar com a doença e suas repercussões (CAMPBELL e SINHA, 1980 e CHERER; QUINTANA; LEITE, 2012), stress (DE-

NOUR, 1970 e TUCKMAN, 1970) dificuldades de expressão, dependência familiar, prejuízos nos estudos e prejuízos na vida laboral (FERREIRA, 2017), sintomas somáticos (GARCIA; BITTENCOURT, 2004), dificuldades emocionais, cognitivas, psicológicas (HAILEY *et al.*, 2001), apatia (CAMPBELL e SINHA, 1980), desgaste físico e emocional, desesperança, impotência (PAULA *et al.*, 2017), desconhecimento da doença e tratamento (DEVINS *et al.*, 2005), medo, insegurança, baixa autoestima e sensação de inutilidade que comprometem a qualidade de vida (VIEIRA *et al.*, 2009).

Em resposta às queixas e sintomas, estes estudos propõem cuidados psicológicos e de saúde mental, relatando melhoras e progressos após intervenção psicológica, com destaque aos principais e mais frequentes problemas identificados, tais como depressão, ansiedade, angústia, qualidade de vida avaliada como menor do que a desejável, trauma, sintomas psíquicos, prejuízos na vida social e afetiva, medo da morte, negação da doença e suas repercussões e estresse, os quais tendem a comprometer o estado somático e mental, a boa evolução no enfrentamento da doença e seu necessário tratamento.

Os estudos de Garcia e Bittencourt (2004) e de Ferreira (2017) referem sintomas psíquicos, somáticos, prejuízos na vida social e afetiva. Ferreira (2017) realizou um estudo de caso no qual utilizou a psicoterapia baseada na biossíntese, relatando, como consequência, o desenvolvimento afetivo, social e profissional. De maneira semelhante, Garcia e Bittencourt (2004) também realizaram um estudo de caso, que descreve os mesmos sintomas do estudo anterior, utilizando recursos artísticos, atividades expressivas e lúdicas, obtendo como resultados a expressão de conflitos, fantasias, sentimentos, necessidades subjetivas e melhor enfrentamento à doença e ao tratamento.

O estudo de Resende *et al.* (2007), um relato de experiência, refere angústia, sintomas psíquicos e medo da morte. Relata obter enfrentamento, adaptação e reestruturação psíquica após atendimento psicológico individual.

Roques e Pourrat (2011), por meio de uma reflexão a partir da experiência clínica, relatam trauma e depressão, recomendando atendimento psicológico individual ou de grupo pré-diálise.

O estudo de Campbell e Sinha (1980), um estudo com características de estudo descritivo, relata negação e recusa a lidar com a doença e suas

repercussões, depressão, apatia e medo da morte nos renais crônicos em hemodiálise e refere bons resultados utilizando a psicoterapia breve de grupo.

Jean-Dit-Pannel; Riazuelo e Cupa (2018), em um estudo de caso, apontam a necessidade de hemodiálise a pacientes renais com um trauma e que a psicoterapia individual de orientação psicanalítica possibilitaria o trabalho do sonho e de rudimentos de representação simbólica.

Haley *et al.* (2001), em um estudo com características de estudo descritivo, relatam dificuldades emocionais, cognitivas e psicológicas nesses pacientes, além de recomendarem um programa comportamental efetivo.

Paula *et al.* (2017), por meio de um estudo com características de estudo descritivo, apontam desgaste físico e emocional, desesperança e impotência nesses pacientes. Utilizando recursos lúdicos e expressivos, relatam ter permitido expressão de conflitos, fantasias, sentimentos e de necessidades subjetivas.

O estudo de Devins *et al.* (2005), um estudo experimental randomizado, relata que os pacientes apresentaram desconhecimento da doença e do tratamento e afirma que a intervenção individual psicoeducacional, utilizando TCC, aumenta o conhecimento dos pacientes sobre a doença e o tratamento.

O estudo de Almanza Muñoz *et al.* (1995), com características de estudo descritivo, relata que os pacientes apresentam depressão e que se beneficiam de psicoterapia de orientação psicanalítica em grupo em uma experiência interdisciplinar.

O estudo quase experimental de Campbell e Sinha (1983), em que os pacientes apresentam depressão, relata que a psicoterapia breve individual e de grupo beneficia tais pacientes.

Um relato de experiência, realizado por De-Nour (1970), descreve ansiedade e estresse nesses pacientes e que a psicoterapia breve individual pode ser muito benéfica, ajudando o paciente a manejar melhor o estresse e a ansiedade.

Vieira *et al.* (2009), também em um relato de experiência, descrevem sintomas, tais como depressão, ansiedade, medo, insegurança, baixa autoestima e sensação de inutilidade, que comprometem a qualidade de vida. Utilizam atividades expressivas em grupo, referindo um aumento dos recursos para o enfrentamento da doença.

Já o relato de experiência realizado por Cherer, Quintana e Leite (2012) refere que os pacientes apresentavam negação e recusa a lidar com a doença e suas

repercussões, e, por meio da psicoterapia breve individual fundamentada na TCC, com a escuta terapêutica por ela propiciada, os pacientes ganharam em seu bem-estar uma melhor adaptação à cronicidade da doença e às suas repercussões.

O estudo de Hudson *et al.* (2017), um estudo experimental randomizado, refere angústia e depressão nos pacientes, os quais, cuidados por meio de TCC online, tiveram benefícios em relação a tais sintomas.

O estudo de Toulabi *et al.* (2016), um estudo quase experimental, relata que os pacientes têm qualidade de vida avaliada como abaixo do desejável e refere melhora da qualidade de vida com programa de reabilitação por meio de TCC em grupo.

Outro estudo quase experimental, realizado por Koo *et al.* (2005), aponta depressão nesses pacientes e que o acompanhamento psicológico e a medicação antidepressiva melhoram a depressão e o estado nutricional deles.

O estudo de Cukor (2007), um relato de experiência, refere pacientes com depressão e aponta TCC individual e em grupo como bom tratamento de escolha para tratar a depressão entre pacientes com doenças renais crônicas.

O estudo com características de estudo descritivo, realizado por Sohn *et al.* (2018), apresenta pacientes em hemodiálise com qualidade de vida avaliada como abaixo do desejável e que TCC individual e em grupo, que inclui meditação *mindfulness*, melhorou a saúde mental geral.

Um estudo de caso realizado por Tuckman (1970), que relata estresse nos pacientes em hemodiálise, aponta que a psicoterapia breve individual pode ser muito benéfica, ajudando o paciente a manejar melhor esse estresse.

No estudo de Chan *et al.* (2016), um estudo clínico de grupo único, foram observadas melhoras clínicas significativas da depressão, da ansiedade, da angústia e da qualidade de vida por meio de TCC online.

No estudo de Hernandez *et al.* (2018), também um estudo clínico de braço único, a psicologia positiva online mostrou-se útil e viável para pacientes com doença renal e sintomas depressivos.

Um estudo experimental randomizado de Hosseini; Espahbodi; Goudarzi (2012) concluiu que a análise de comportamento em grupo possui relevância similar ao tratamento medicamentoso para ansiedade e depressão.

Em todos os estudos da amostra, há relato de que as abordagens teórico-técnicas utilizadas levaram à obtenção de resultados positivos a partir da

intervenção psicológica realizada, embora essas intervenções tenham características muito diferentes entre si e, do ponto de vista metodológico, a maioria dos estudos possuam desenhos mais simples e de natureza exploratória sobre essa temática. Não há um rigor nas definições das modalidades de atendimento psicológicas utilizadas. Conforme já descrito, são utilizados termos genéricos, como atendimento psicológico, psicoterapia breve, psicoterapia de grupo, psicoterapia individual, acompanhamento psicológico, uso de atividades expressivas, recursos lúdicos, atendimento online e outras, sem descrever com maior rigor os procedimentos e a fundamentação teórico técnica utilizada. Também são feitas algumas considerações sobre vantagens do atendimento em grupo ou individual durante a hemodiálise ou não, mas também a descrição, a metodologia e os procedimentos dos estudos não permitem a caracterização de evidências fortes. A preponderância de estudos do tipo relato de experiência, estudos de caso e a menor frequência de estudos quase experimentais ou experimentais randomizados também caracterizam mais uma dificuldade de obter evidências acerca da intervenção psicológica a pacientes em hemodiálise. Ainda assim, os estudos revelam melhora nos sintomas e maior adesão ao tratamento nos pacientes em atendimento psicológico, na maioria das vezes, utilizando instrumentos válidos e fidedignos para medir essas alterações, como também revelam que o cuidado psicológico propiciou expressão de angústias, conflitos, temores que, sendo expressos, podem ser acolhidos e transformados em experiências menos angustiantes e de maior enfrentamento ao tratamento e à doença.

Dos 23 estudos, 13 citaram claramente a fundamentação teórico técnica, tais como a psicoterapia baseada na biossíntese (FERREIRA, 2017), psicologia positiva online (HERNANDEZ *et al.*, 2018), análise do comportamento individual ou em grupo (HAILEY *et al.*, 2001 e HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012), psicoterapia individual ou em grupo de orientação psicanalítica (ALMANZA MUÑOZ *et al.*, 1995 e JEAN-DIT-PANNEL; RIAZUELO; CUPA, 2018), terapia comportamental cognitiva individual (DEVINS *et al.*, 2005; e CHERER; QUINTANA; LEITE, 2012; CUKOR, 2007 e SOHN *et al.*, 2018), em grupo (TOULABI *et al.*, 2016), individual e grupo e online (CHAN *et al.*, 2016 e HUDSON *et al.*, 2017).

São experimentais randomizados três estudos (DEVINS *et al.*, 2005; HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012 e HUDSON *et al.*, 2017), quase

experimental ou com características de quase experimental também três estudos (TOULABI *et al.*, 2016; CAMPBELL e SINHA, 1983 e KOO *et al.*, 2005).

Dentre esses 13 estudos, três são experimentais randomizados (DEVINS *et al.*, 2005; HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012 e HUDSON *et al.*, 2017) e um é quase experimental (TOULABI *et al.*, 2016), ou seja, tem-se, assim, quatro estudos, nos quais tanto os procedimentos dos atendimentos quanto os fundamentos teóricos técnicos estão bem definidos, assim como o tipo de estudo utilizado, dando maior sustentação para os resultados científicos obtidos. Os resultados desses estudos se referem à utilidade da intervenção psicoeducacional na pré-diálise, TCC individual, como valiosa, mas sem evidências de contribuição à sobrevida do paciente (DEVINS *et al.*, 2005). No estudo de Hudson *et al.* (2017), o destaque do resultado é a viabilidade da TCC online para pacientes com conhecimento de informática e que se identificam vivendo sofrimento psíquico. Ainda entre esses estudos, o de Toulabi *et al.* (2016) indica melhoras na qualidade de vida com a implementação de programas de reabilitação, incluindo psicólogos clínicos com o uso de TCC em grupo, e que o tratamento psicoterapêutico, análise do comportamento em grupo, possui relevância similar ao medicamentoso em pacientes deprimidos (HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012). Em dois estudos (DE-NOUR, 1970 e CAMPBELL e SINHA, 1983) quase experimentais, embora a fundamentação teórico técnica das intervenções não tenha sido claramente apresentada, os resultados revelaram que o uso de psicoterapia breve, tanto individual quanto em grupo, beneficia os pacientes em relação ao impacto psíquico da DRC com necessidade de hemodiálise.

Em relação às fundamentações teórico-técnicas dos atendimentos psicológicos realizados nos estudos, observa-se a presença de cinco referenciais teóricos técnicos claramente definidos: análise de comportamento individual ou em grupo em dois estudos; psicologia positiva online, um estudo; psicoterapia de orientação psicanalítica individual ou em grupo, dois estudos; TCC individual, em grupo e online, seis estudos. Todas as abordagens relatam bons resultados, benefícios durante e após a intervenção. Não foi encontrado nenhum estudo comparativo em relação à abordagem mais apropriada, ou com melhores resultados. Pode-se observar, conforme já descrito acima, que, no que se refere aos sintomas e resultados dos estudos, nas intervenções utilizando psicologia positiva (HERNANDEZ *et al.*, 2018), análise do comportamento (HAILEY *et al.*, 2001 e

HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012) e TCC (DEVINS *et al.*, 2005; e CHERER; QUINTANA; LEITE, 2012; CUKOR, 2007; CHAN *et al.*, 2016; TOULABI *et al.*, 2016; HUDSON *et al.*, 2017 e SOHN *et al.*, 2018), há dois focos mais evidentes: a adaptação do paciente à doença e ao tratamento e a melhora dos sintomas, com a obtenção de bons resultados. No que se refere aos dois estudos que utilizam a psicoterapia de orientação psicanalítica individual (JEAN-DIT-PANNEL; RIAZUELO; CUPA, 2018) e em grupo (ALMANZA MUÑOZ *et al.*, 1995), os objetivos são, em linhas gerais, beneficiar os pacientes por meio do trabalho do sonho e da restauração psíquica com o desenvolvimento da capacidade de simbolização. Principalmente no estudo de Jean-Dit-Pannel; Riazuelo; Cupa (2018), o foco não está nos sintomas nem na adaptação do paciente, mas em ir ao encontro de suas vivências psíquicas sem se resumir a experiência de ser renal crônico em hemodiálise e sem objetivos de adaptação ou cura dos sintomas como finalidade do trabalho, oferecer escuta, acolhimento, espaço psíquico, significado, transformação de vivências das pessoas em angústia e sofrimento. Melhoras dos sintomas e, talvez, até uma maior adaptação podem acontecer nessa experiência psicanalítica, mas não são o foco em si.

Independente da fundamentação teórico técnica escolhida, sete estudos da amostra (DE-NOUR, 1970; CAMPBELL e SINHA, 1980; CAMPBELL e SINHA, 1983; VIEIRA *et al.*, 2009; CHERER; QUINTANA; LEITE, 2012; PAULA *et al.*, 2017 e JEAN-DIT-PANNEL; RIAZUELO; CUPA, 2018) recomendaram que, na medida do possível, os atendimentos psicológicos fossem realizados durante o período de três a quatro horas em que o paciente se encontra no procedimento hemodialítico. Um estudo (HERNANDEZ *et al.*, 2018) também o sugeriu, mas tratava-se de atendimento online; e outro estudo (CUKOR, 2007) recomendou que fosse imediatamente antes do turno hemodialítico. A justificativa para essa escolha está relacionada ao fato de que os pacientes passam muitas horas em hemodiálise, assim como nos frequentes exames e consultas. Assim, sua disponibilidade para mais um evento de cuidado, no qual precisa se deslocar e ficar pelo menos mais uma hora envolvido, acaba aumentando a resistência e a pouca adesão ao cuidado psicológico.

Os estudos da revisão de escopo, a literatura consultada e as recomendações da Legislação Brasileira apontam para benefícios incontestes o atendimento psicológico aos pacientes renais crônicos não só em hemodiálise, mas em pré-

diálise, antes e depois do transplante renal. No entanto, não permitem generalizações sobre qual a melhor intervenção psicológica a se utilizar com essa população.

Conclui-se que, em geral, o conhecimento produzido e divulgado nas bases de dados consultadas sobre o atendimento psicológico a pacientes renais crônicos aponta para escassez de estudos e lacunas metodológicas, com ausência, por exemplo, de estudos longitudinais ou realizados com amostras mais expressivas de pacientes. O conhecimento não permite generalizações ou comparações entre as abordagens teórico-técnicas mais indicadas ou apropriadas. Identificou-se, ainda, necessidade de maior rigor metodológico em relação às intervenções psicológicas realizadas, com apresentação de definições conceituais e operacionais mais consistentes. Ressalta-se a clara necessidade de a intervenção psicológica se consolidar nas práticas de cuidado com esses pacientes, a continuidade e o aprofundamento dos estudos e a produção de conhecimento sobre o tema.

Pode-se dizer que, comparado ao tempo em que os psicólogos se integraram às equipes, há muitas lacunas de produção e divulgação de conhecimento da Psicologia nesta atuação junto aos pacientes com insuficiência renal crônica. Diante da complexidade dessa doença, a contribuição da Psicologia pode e deve ser de grande valia desde a prevenção ao cuidado, em todas as suas etapas, incluindo o transplante. Para tal, há necessidade ainda de construção de conhecimento.

5. REFLEXÃO

5.1 O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA AO PACIENTE RENAL CRÔNICO EM HEMODIÁLISE

As recomendações da literatura consultada neste estudo (ALMEIDA; MELEIRO, 2000; DINIZ e SCHOR, 2006; KIMURA e OZAKI, 2006; BARBOSA, BASTOS E ANDRADE, 2007; CHICOLT *et al.*, 2008; CUKOR *et al.*, 2008; FEROZE *et al.*, 2010; GARCÍA-LLANA *et al.*, 2014; NG *et al.*, 2015; OTAVIANI *et al.*, 2016 GOYAL; CHAUDHURY e SALDANHA, 2018; GAGNIER e PIEPER, 2019; PRETTO *et al.*, 2020, entre muitos outros) e da Legislação Brasileira (RDC Nº 154, de 15 de junho de 2004 BRASIL, 2004, Portaria Nº 1.675, de 7 de junho de 2018 (BRASIL, 2018)) apontam para a necessidade do cuidado aos sintomas psicossociais aos pacientes renais crônicos em hemodiálise, mas também o indicam na pré-diálise (DEVINS *et al.*, 2005) e no acompanhamento do processo de transplante renal quando este é possível (ANDRADE; SESSO e DINIZ, 2015). Todos esses estudos citados são unânimes em descrever a alta prevalência de **angústia, ansiedade e depressão** nas pessoas portadoras da doença renal crônica, como fatores que podem interferir na qualidade de vida e até no curso do tratamento e da doença. (O grifo é nosso).

Conforme já assinalado, muitos desses estudos e a ampla literatura dos últimos vinte anos finalizam indicando, entre outras, a necessidade do cuidado psicológico a esses pacientes. As recomendações não se limitam ao cuidado psicológico, mas ao cuidado biopsicossocial do renal crônico, incluindo na equipe profissionais como assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional, educador físico, psicólogo e psiquiatra, entre outros, além dos profissionais de Enfermagem e Medicina.

Diante disso, a revisão de escopo realizada neste estudo acerca desse cuidado psicológico a renais crônicos apontou que se está ainda, de certa maneira, no início de uma construção de conhecimento sobre esse tema, embora tenham sido encontrados estudos desde 1970. Todos os 23 estudos selecionados relatam, a partir do cuidado psicológico, benefícios aos sintomas apresentados pelos pacientes.

Na amostra dessa revisão de escopo, os estudos descrevem as principais manifestações psíquicas, sintomas e queixas dos pacientes, os quais são também

citados fartamente na literatura, conforme já descrito. Entre os principais sintomas, queixas e dificuldades encontrados nos estudos que compuseram a amostra, estão **depressão** (CAMPBELL e SINHA, 1980; CAMPBELL e SINHA, 1983; ALMANZA MUÑOZ *et al.*, 1995; KOO *et al.*, 2005; CUKOR, 2007; VIEIRA *et al.*, 2009; ROQUES; POURRAT, 2011; HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012; CHAN *et al.*, 2016; HUDSON *et al.*, 2017; HERNANDEZ *et al.*, 2018 e SOHN *et al.*, 2018), **ansiedade** (DE-NOUR, 1970; VIEIRA *et al.*, 2009; ROQUES; POURRAT, 2011; HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012; CHAN *et al.*, 2016, HUDSON *et al.*, 2017), **angústia** (RESENDE *et al.*, 2007, CHAN *et al.*, 2016 e HUDSON *et al.*, 2017), **qualidade de vida avaliada como abaixo do desejável** (VIEIRA *et al.*, 2009, TOULABI *et al.*, 2016 e SOHN *et al.*, 2018), **sintomas psíquicos** (GARCIA; BITTENCOURT, 2004 e RESENDE *et al.*, 2007), **prejuízos na vida social e afetiva** (GARCIA; BITTENCOURT, 2004 e FERREIRA, 2017), **medo da morte** (CAMPBELL e SINHA, 1980 e RESENDE *et al.*, 2007), **trauma** (ROQUES; POURRAT, 2011 e JEAN-DIT-PANNEL; RIAZUELO; CUPA, 2018), **negação e recusa a lidar com a doença e suas repercussões** (CAMPBELL e SINHA, 1980 e CHERER; QUINTANA; LEITE, 2012), **stress** (DE-NOUR, 1970 e TUCKMAN, 1970), **dificuldades de expressão, dependência familiar, prejuízos nos estudos e prejuízos na vida laboral** (FERREIRA, 2017), **sintomas somáticos** (GARCIA; BITTENCOURT, 2004), **dificuldades emocionais, cognitivas, psicológicas** (HAILEY *et al.*, 2001), **apatia** (CAMPBELL e SINHA, 1980), **desgaste físico e emocional, desesperança, impotência** (PAULA *et al.*, 2017), **desconhecimento da doença e tratamento** (DEVINS *et al.*, 2005), **medo, insegurança, baixa autoestima e sensação de inutilidade, que comprometem a qualidade de vida** (VIEIRA *et al.*, 2009).

Em resposta às queixas e aos sintomas, estes estudos propõem cuidados psicológicos e de saúde mental, relatando melhoras e progressos após intervenção psicológica, com destaque aos principais e mais frequentes problemas identificados, tais como depressão, ansiedade, angústia, qualidade de vida avaliada como menor do que a desejável, trauma, sintomas psíquicos, prejuízos na vida social e afetiva, medo da morte, negação da doença e suas repercussões e estresse, os quais tendem a comprometer o estado somático e mental. Referem ainda como resultado uma boa evolução no enfrentamento da doença e seu necessário tratamento.

Dos 23 estudos, 13 citaram claramente a fundamentação teórica técnica utilizada na intervenção psicológica, tais como a psicoterapia baseada na biossíntese (FERREIRA, 2017), a psicologia positiva online (HERNANDEZ *et al.*, 2018), a análise do comportamento individual ou em grupo (HAILEY *et al.*, 2001 e HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012), a psicoterapia individual ou em grupo de orientação psicanalítica (ALMANZA MUÑOZ *et al.*, 1995 e JEAN-DIT-PANNEL; RIAZUELO; CUPA, 2018), a terapia comportamental cognitiva individual (DEVINS *et al.*, 2005; CHERER; QUINTANA; LEITE, 2012; CUKOR, 2007 e SOHN *et al.*, 2018), em grupo (TOULABI *et al.*, 2016), individual e em grupo e online (CHAN *et al.*, 2016 e HUDSON *et al.*, 2017).

Foi observada, sobretudo, a utilização de cinco referenciais teóricos técnicos diferentes para fundamentar os atendimentos psicológicos aos pacientes renais crônicos em hemodiálise: análise do comportamento individual ou em grupo em dois estudos (HAILEY *et al.*, 2001 e HOSSEINI; ESPAHBODI; GOUDARZI, 2012), psicologia positiva online em um estudo (HERNANDEZ *et al.*, 2018), psicoterapia de orientação psicanalítica individual ou em grupo em dois estudos (ALMANZA MUÑOZ *et al.*, 1995 e JEAN-DIT-PANNEL; RIAZUELO; CUPA, 2018), TCC mencionada em sete estudos, sendo que, em dois estudos, foi relatada intervenção *online* individual (CHAN *et al.*, 2016 e HUDSON *et al.*, 2017); em dois, intervenção presencial individual (CHERER; QUINTANA; LEITE, 2012 e DEVINS *et al.*, 2005); em um, intervenção presencial em grupo (TOULABI *et al.*, 2016); e, em dois, intervenções presenciais individuais e em grupo (CUKOR, 2007 e SOHN *et al.*, 2018).

Utilizando estas diferentes abordagens, todos os estudos referiram bons resultados e benefícios durante e após a intervenção, com foco na melhora dos sintomas, mas, principalmente, maior adaptação à doença e seus tratamentos, que são as principais demandas das equipes de saúde e da família.

No que se refere aos dois estudos que utilizam a psicoterapia de orientação psicanalítica individual (JEAN-DIT-PANNEL; RIAZUELO; CUPA, 2018) e em grupo (ALMANZA MUÑOZ *et al.*, 1995), os objetivos propostos são a restauração psíquica com o desenvolvimento da capacidade de simbolização. Neste estudo de Jean-Dit-Pannel; Riazuelo; Cupa (2018), o foco não está nos sintomas nem na adaptação do paciente, mas em ir ao encontro de suas vivências psíquicas sem se resumir à experiência de ser renal crônico em hemodiálise e sem objetivos de adaptação ou cura dos sintomas como finalidade do trabalho, oferecer escuta, acolhimento,

espaço psíquico, significado, transformação das vivências de angústia e sofrimento. Melhoras dos sintomas e, talvez, até uma maior adaptação podem acontecer nesta experiência psicanalítica, mas não são o foco em si.

Retomando brevemente a saga do doente renal crônico, conforme já apontado, a partir do momento em que a pessoa começa a enfrentar os traumáticos procedimentos pré-diálise, com a pequena cirurgia para a fístula ou a implantação do cateter, sua vida passa a se modificar em muitos aspectos (ABDULKADER *et al.*, 2003). Todavia, pode-se pensar que, a partir do diagnóstico da doença renal crônica, diversos temores já se encontram em curso, ao menos para os pacientes que tenham uma mínima compreensão das características da doença.

O procedimento dialítico será diário no caso da diálise peritoneal (pouco utilizada no Brasil e com indicações específicas), ou a hemodiálise na máquina onde o paciente precisará frequentar o ambulatório de hemodiálise para passar pelo procedimento dialítico por 3 a 4 horas, três vezes por semana. O procedimento em si é um tanto quanto assustador, pois envolve a experiência de assistir seu sangue ser filtrado pela máquina de maneira extracorpórea, e os pacientes podem ter uma série de mal-estares durante o tratamento. Além do procedimento hemodialítico, o paciente necessita aderir a um severo regime hídrico e nutricional. Também são frequentes os exames e as consultas médicas (SBN, 2019; GARCIA e BITTENCOURT, 2004).

Outros aspectos das vidas dos pacientes também são transtornados: a vida laboral e de estudo são prejudicadas, entre outras razões, por conta do tempo dispensado às sessões de hemodiálise e da disposição física e mental para tais atividades. A vida afetiva, sexual e/ou familiar podem também sofrer perdas, assim como os ganhos materiais obtidos por meio do trabalho, ora prejudicado, reverberando em todos os demais aspectos de sua vida já citados (MARTINS; CESARINO, 2005; WEISBORD; MCGILL; e KIMMEL, 2007; ABDEL-KADER; UNRUH e WEISBORD, 2009; AFSAR *et al.*, 2012; RAMER *et al.*, 2012; MCKERCHER; SANDERSON e JOSE, 2013; GOYAL; CHAUDHURY e SALDANHA, 2018 e KIM; KANG; WOO, 2018).

Com exceção dos raros casos em que a insuficiência renal é aguda e a necessidade de hemodiálise é sazonal, o paciente só ficará livre do procedimento dialítico no caso de ser possível um transplante, e que este seja exitoso. Mas o percurso até o transplante pode ser longo, ou até não se realizar por uma série de

condições: disponibilidade de órgão, compatibilidade com o doador, em geral, falecido, condições de saúde do paciente renal crônico e aceitação do órgão transplantado pelo organismo. Todas essas mudanças e limitações passam a fazer parte do dia a dia do paciente renal crônico, que tem que tentar assimilar e elaborar a mobilização de angústias bastante profundas (KRESPI *et al.*, 2008).

Alguns conseguem se adaptar mais facilmente e de forma mais satisfatória às restrições, às dificuldades, à realidade do tratamento, aceitam a nova rotina diária e a integram em sua vida; mas outros assimilam as informações e até seguem as orientações médicas, mas não conseguem refazer a própria vida; e outros, ainda, têm bastante dificuldade em compreender o que acontece, aceitar e aderir ao tratamento, resistindo e recorrendo a negações, distorções de entendimento e culpabilizações de toda ordem (CAMPBELL e SINHA, 1980; ROQUES; POURRAT, 2011 e NAKAO, 2013).

Em suma, os transtornos na vida do renal crônico em hemodiálise são traumáticos, mobilizam dor e angústia psíquica e trazem para um grande número dos pacientes impactos expressos, como a depressão, a ansiedade, o medo da morte, a desesperança, a impotência, a baixa autoestima, a sensação de inutilidade, entre outros.

Durante todo o processo de adoecimento e tratamentos, com uma certa frequência, muitos pacientes, mesmo passando por um processo de explicação, orientação e educação quanto à doença, suas características e tratamentos, mantêm as incompreensões, confusões em relação às informações, que tomam a dimensão de recusa em aceitar a realidade ou a negação.

A objetividade, ainda que necessária, do cuidado da equipe de saúde, mesmo que a cada dia cresçam o conhecimento e a compreensão das dificuldades psicossociais dos pacientes, não dá conta do sofrimento do indivíduo, que viverá a doença a partir da sua singularidade, das suas condições e estrutura psíquicas para lidar com os desafios e as dificuldades que a vida impõe.

Também conforme foi possível observar nos estudos deste trabalho, as reações psíquicas desses pacientes também interferem no rumo da doença e do tratamento. Este conjunto de informações e observações, ao longo dos últimos 20 anos, vem subsidiando a implementação do cuidado, especialmente, psicológico.

É recomendado, então, um cuidado de todos os impactos psicossociais aos quais os pacientes estão sujeitos, por meio de uma equipe multiprofissional, além do cuidado psicológico especializado.

Os resultados desta revisão de escopo apontaram que, embora as intervenções psicológicas tenham características bem diferentes entre si e, do ponto de vista metodológico, a maioria dos estudos possuam desenhos mais simples e de natureza exploratória, as diversas abordagens teóricas técnicas utilizadas levaram à obtenção de resultados positivos em relação às queixas e aos sintomas identificados nesses pacientes, além de uma evolução no enfrentamento à doença e ao tratamento.

Conforme também já apresentado, não há, na maioria desses estudos, um rigor metodológico nas definições das modalidades de atendimento psicológicos utilizadas. São utilizados termos genéricos, como atendimento psicológico, psicoterapia breve, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, atendimento online, sem descrever com maior rigor os procedimentos e a fundamentação teórica técnica utilizada. E aqueles em que as abordagens teórico-técnicas foram definidas relatam também bons resultados e benefícios, independente da abordagem utilizada.

Não foram encontrados estudos comparativos entre as abordagens teórico-técnicas, nem entre as modalidades grupo, individual, grupo e individual ou online, de modo a se considerar a intervenção ou as intervenções mais indicadas ou apropriadas, pois a descrição, a metodologia e os procedimentos dos estudos não permitem a caracterização de evidências fortes. Ainda assim, os estudos revelam melhora nos sintomas e maior adesão ao tratamento nos pacientes em atendimento psicológico utilizando, com frequência, instrumentos válidos e fidedignos para medir essas alterações.

Independente da fundamentação teórico técnica escolhida, sete estudos da amostra (DE-NOUR, 1970; CAMPBELL e SINHA, 1980; CAMPBELL e SINHA, 1983; VIEIRA *et al.*, 2009; CHERER; QUINTANA; LEITE, 2012; PAULA *et al.*, 2017 e JEAN-DIT-PANNEL; RIAZUELO; CUPA, 2018) recomendaram que, na medida do possível, os atendimentos psicológicos fossem realizados durante o período de três a quatro horas em que o paciente se encontra no procedimento hemodialítico. Um estudo (HERNANDEZ *et al.*, 2018) também o sugeriu, mas tratava-se de atendimento online; e outro estudo (CUKOR, 2007) recomendou que fosse

imediatamente antes do turno hemodialítico. A justificativa para essa escolha está relacionada ao fato de que os pacientes passam muitas horas em hemodiálise, assim como nos frequentes exames e consultas. Assim, sua disponibilidade para mais um evento de cuidado, no qual precisa se deslocar e ficar pelo menos mais uma hora envolvido, acaba aumentando a resistência e a pouca adesão ao cuidado psicológico.

É bastante relevante e compreensível que o objetivo dos estudos científicos, das equipes de saúde envolvidas e da família sejam que, diante desta doença crônica assustadora, o paciente em hemodiálise aceite sua condição, acate e siga o regime hídrico e nutricional, se adapte às condições do tratamento e das sessões de diálise. Afinal, o conhecimento científico construído até os dias de hoje mostra que são estas as condições para que o portador da doença renal crônica mantenha-se vivo e em condições de saúde mínimas.

Parece natural, também, que seja demandado ao psicólogo sua contribuição profissional para a adesão do paciente ao regime hídrico, nutricional, ao tratamento hemodialítico e o cuidado psicológico das queixas, dificuldades e dos sintomas. Todas essas questões parecem fundamentais para a equipe de saúde e para a família do paciente, e o psicólogo as acolhe e tenta responder a essas demandas por meio de intervenções psicológicas aos sintomas sofridos, com foco na adaptação ao tratamento e no enfrentamento da doença. O psicólogo para tal vai utilizar suas ferramentas, a teoria e a técnica que sustentam seu atendimento psicológico.

Dentre os estudos da revisão realizada, cabe aqui um destaque a um deles, no qual foi utilizado o referencial teórico técnico de orientação psicanalítica (JEAN-DIT-PANNEL; RIAZUELO e CUPA, 2018), um atendimento individual de orientação psicanalítica. Vale a ênfase que, nesse tipo de cuidado psicológico, mesmo havendo demanda dos sintomas, necessidade de adesão e adaptação ao tratamento, o foco psicoterapêutico proposto é especialmente o desenvolvimento da capacidade de simbolização. Neste estudo, os atendimentos psicoterapêuticos, em sua maioria, ocorreram durante as sessões de hemodiálise. Trata-se, aqui, de um cuidado psicológico fundamentado nos conhecimentos que emergiram da psicossomática psicanalítica.

Vale comentar e defender este tipo de proposta psicoterapêutica aos renais crônicos em hemodiálise de um ponto de vista da técnica e de um ponto de vista da humanização em saúde.

De um ponto de vista técnico, é necessário inicialmente destacar que, na perspectiva psicanalítica, o sujeito padece independente da natureza dos sintomas em seu corpo e em sua mente, de maneira relacionada e integrada.

No caso de um renal crônico em hemodiálise, com seus sintomas físicos e psíquicos, é necessário levar em conta as contribuições da psicossomática psicanalítica no que se refere à compreensão do fenômeno, mas também, e principalmente, as recomendações técnicas acerca do atendimento psicológico de orientação psicanalítica, especificamente a estes pacientes com sintomas e doenças somáticas.

Foi feito aqui, anteriormente, um percurso teórico pela psicossomática psicanalítica, partindo das ideias da metapsicologia freudiana, focando ao final nas ideias de Marty e McDougall. Foram apresentadas diversas tentativas de compreender o adoecimento físico do ponto de vista psicanalítico, desde tentativas de considerá-lo assemelhado ao sintoma neurótico, ou como o oposto da elaboração psíquica, ou ainda como um fenômeno intermediário entre o biológico e o representacional. No que se refere ao sentido do sintoma, segundo alguns autores, haveria um sentido a ser interpretado; para outros, não haveria sentido algum; e, para outros ainda, uma demanda de sentido a ser construída. No contexto da relação com o outro, alguns explicavam a somatização como fruto de sintomas neuróticos, ou como uma desorganização do eu, ou ainda como uma expressão de distúrbios pré-egóicos, dificuldades nas relações primitivas.

Com o desenvolvimento da psicossomática psicanalítica, tornou-se cada vez mais claro que se trata de um fenômeno de processos psíquicos primitivos, fronteiros da psique-soma, mas com traços elementares de mecanismos neuróticos, psicóticos, perversos; permitindo a percepção de se tratar de ausências de psiquismo constituído, mas também com suas pré-condições. A somatização então não seria a neurose do corpo, nem o retorno regressivo ao orgânico, mas a reativação de processos bem primitivos além do consciente e até do inconsciente, mas direcionados ao outro e à construção de sua significação (VOLICH, 2000 e CASOTTO, 2006).

Na perspectiva psicanalítica, os sintomas orgânicos, psíquicos e as doenças corporais ou mentais são compreendidos numa ótica psicossomática inseparável. É este olhar que será dirigido também ao renal crônico em hemodiálise pelo psicoterapeuta de orientação psicanalítica ou pelo psicanalista.

São muitas as dificuldades de trabalho psicoterapêutico com pacientes com sintomatologia somática. Em geral, o psicoterapeuta não é o primeiro profissional nos cuidados com o paciente e, quando este chega até ele, o faz por ter sido encaminhado por outro profissional, comumente o médico ou profissionais da equipe de saúde.

O paciente, via de regra, não compreende o sentido desse encaminhamento ou indicação. Também, com frequência, já no primeiro encontro com o psicoterapeuta, expressa a incompreensão de ali estar, tomando como uma desvalorização precisar de acompanhamento psicológico, ou como se sua doença estivesse sendo considerada uma ficção criada por ele. Na maioria das vezes, agrega-se a isso uma sensação consciente, ou mesmo inconsciente, de abandono, decepção com o médico e outros profissionais da equipe de saúde, como se seu pedido de ajuda tivesse sido negado, acompanhado ainda de fantasias de muita gravidade de sua doença e de descuido e descaso por parte dessa equipe. Seu relato inicial ao psicoterapeuta será como nos demais atendimentos e consultas de saúde, um discurso da sua sintomatologia corporal, exames clínicos, cronologia da doença, queixas e tratamento. Esgotada esta fase, muitas vezes, após silêncios, o paciente abandona ou interrompe o atendimento psicológico após algumas sessões (VOLICH, 2000; MORETTO, 2002; ALVAREZ e COSTA, 2018).

Embora as experiências desse encontro possam ser frustrantes, tanto para o paciente como para o psicoterapeuta, causando em ambos lembranças de marcas de abandono e desamparo, o encaminhamento do médico ou da equipe ao psicoterapeuta é pertinente, é uma sutil percepção de que o paciente necessita de um cuidado especial acerca de suas experiências vividas e suas repercussões mentais (ALVAREZ e COSTA, 2018).

O paciente, ao consultar o médico, inconscientemente, deposita nele não apenas a esperança de sua cura, mas também espera compreender, inclusive, aquilo que ele mesmo, paciente, não é capaz de manifestar, e que seja curado não só de sua doença orgânica, mas também de outras demandas internas, outros sofrimentos ocultos na doença. Ao ser encaminhado para qualquer outro

profissional, seria como se essa demanda tivesse sido rejeitada, como se fosse uma recusa de aliviar seu sofrimento como um todo, o que seria impossível para qualquer profissional (ALVAREZ e COSTA, 2018).

Então, é neste contexto que entra o psicoterapeuta, tendo que lidar com a transferência dessa experiência anterior com o médico para a relação consigo. Porém, surpreendentemente, essa decepção na relação transferencial com o médico abre espaço para relações com outros profissionais de saúde, em especial, o psicoterapeuta.

O encontro com o psicoterapeuta acontece nesse contexto em que é herdeiro da transferência com o médico, da insatisfação do que havia sido demandado ao médico. Se o médico na consulta clínica abre espaço para o paciente em relação a outro sofrimento além do somático, o paciente sente que houve mais receptividade e compreensão à sua demanda, e o encaminhamento para o psicoterapeuta pode ganhar um novo significado (VOLICH, 2000 e MORETTO, 2002).

A partir daí, a posição do psicoterapeuta necessita ser daquele que acolhe um pedido insidioso de ajuda em relação ao sofrimento de alguém que se dispõe a compartilhá-lo a seu modo. Assim, o psicoterapeuta vai recorrer à sua técnica e arte, seus conhecimentos, sem saber onde será possível chegar. Trata-se de um sofrimento que o próprio paciente desconhece, mas que se expressa no sintoma, na queixa, como a única forma possível de manifestação naquele momento da sua vida.

Passa então a ser um desafio para ambos, um de dizer o incomunicável e o outro de compreender o incompreensível, ou seja, ambos estão ligados entre si em seu desamparo fundamental. A experiência psicoterapêutica se inicia a partir do reconhecimento desse estado primitivo de desamparo pelo psicoterapeuta, que, para ser superado nos primórdios, necessitou do exercício pelo outro da função materna, sem a qual o desenvolvimento psíquico não seria possível.

Mas como fazer diante do paciente com poucos recursos representativos e que se expressam por meio da realidade concreta, da lesão corporal e da dor? Como promover ou propiciar condições de representação mental, a elaboração do sofrimento? Será possível recuperar o organismo das regressões, desorganizações? Como? Seriam irreversíveis?

Sinteticamente, algumas respostas possíveis seriam o uso da psicoterapia fundamentada na teoria e técnica psicanalítica, utilizando empatia, maternagem, uso

da transferência e contratransferência, visando ao estabelecimento ou restabelecimento do melhor funcionamento psíquico possível (MARTY e M'UZAN, 1994; MCDOUGALL, 1994; VOLICH, 2000 e ALVAREZ E COSTA, 2018).

A doença revela e aumenta a fragilização do funcionamento psicossomático, então o psicoterapeuta necessita lidar com processos desorganizados e primitivos de funcionamento sem, na maioria das vezes, poder contar com a disposição e envolvimento do paciente com o trabalho psicoterapêutico (VOLICH, 2000 e ALVAREZ e COSTA, 2018).

Observou-se que o paciente psicossomático não tem a confiança de que haverá alguém que possa estar disposto a contê-lo e sustentá-lo, um outro a quem possa se dirigir. Dessa maneira, é importante que o psicoterapeuta busque um vínculo empático, de maneira ao paciente se sentir afetivamente registrado (VOLICH, 2000 e ALVAREZ e COSTA, 2018).

O adoecimento traz consigo experiências de dor, de agressões ao corpo por conta da doença e tratamentos, ferimentos, degeneração e morte, suscitando angústia, depressão, medos e perdas relacionadas à experiência de adoecer. Estes afetos são vividos pelos pacientes, suas famílias, pela equipe de saúde, mas também mobilizam o psicoterapeuta.

A dimensão da transferência e da contratransferência da relação psicoterapêutica, onde circulam as emoções do encontro paciente-psicoterapeuta, será a ferramenta fundamental no trabalho com esses pacientes. A contratransferência, do ponto de vista econômico, funciona como um para-excitações, cumprindo uma função importante também como forma de comunicação, um instante importante de construção da interpretação (MARTY e M'UZAN, 1994; MCDOUGALL, 1994; VOLICH, 2000 e ALVAREZ e COSTA, 2018).

O psicoterapeuta constitui-se num objeto psíquico para o paciente e os destinos da psicoterapia serão determinados pela transferência e pelas emoções e reações que ela provoca no psicoterapeuta (MARTY, 1994; MCDOUGALL, 1994; VOLICH, 2000; ALVAREZ e COSTA, 2018).

Para tal, é deveras necessário que o psicoterapeuta se permita entrar em contato com as emoções, sensações e fantasias contratransferenciais que o paciente mobiliza em si; e compreendê-las como informações importantes a respeito daquilo que acontece com o paciente, a cada sessão de atendimento (MARTY e M'UZAN, 1994; MCDOUGALL, 1994; VOLICH, 2000 e ALVAREZ e COSTA, 2018).

A doença, o sintoma não serão para o psicoterapeuta algo a ser erradicado ou enfrentado de uma maneira adaptativa, mas o mensageiro de um apelo a ser compreendido e, por meio dele, se tenta resgatar a história do indivíduo, propiciando a reorganização dos modos do seu funcionamento psicossomático, abrindo possibilidades para transformações (VOLICH, 2000).

O psicoterapeuta pode assumir imaginariamente, por um certo tempo, funções que o paciente não foi capaz de suportar/elaborar em um certo momento da vida, ele é convocado ao exercer a função materna.

O profissional vai funcionar como um filtro capaz de regular o afluxo das excitações que o paciente psicossomático não consegue representar em palavras e tende a se livrar por meio descargas corporais.

Conforme McDougall, a desafetação tem como fator etiológico perturbações precoces na relação mãe-bebê. Mas também, para Marty, perturbações da relação mãe-bebê estão na origem da falta de mentalização. Utilizando esta função, o psicoterapeuta acolhe a solicitação latente do paciente, favorecendo desenvolvimento de recursos de modo a possibilitar o desenvolvimento e a autonomia a níveis mais evoluídos de funcionamento. O uso da contratransferência, assim como o trabalho de maternagem, propicia nomeações de estados psíquicos e especialmente afetivos, com o objetivo de pouco a pouco compor/recompor a atividade do pré-consciente, propiciando o desenvolvimento da mentalização (MARTY e M'UZAN, 1994; MCDOUGALL, 1994, VOLICH, 2000 e PERES, 2006).

A hipótese de Marty e McDougall acerca da importância de o psicoterapeuta exercer por um tempo a maternagem se sustenta na compreensão psicanalítica de que a figura materna tem como tarefa proteger seu bebê das tensões, uma função análoga ao sistema de para-excitações na vida adulta. Para tal, a mãe necessita interpretar a comunicação primitiva e nomear os estados afetivos, promovendo a progressiva dessomatização do aparelho mental. Esta tarefa, se exitosa, possibilita o acesso à palavra e à capacidade de simbolização (MARTY e M'UZAN, 1994; MCDOUGALL, 1994; VOLICH, 2000; PERES, 2010 e ALVAREZ e COSTA, 2018).

O psicoterapeuta de orientação psicanalítica vai ao encontro daquilo que propiciou a somatização e não da adequação e adaptação ao tratamento de saúde. Assim, sob um ponto de vista psicanalítico, iniciativas de eliminar simplesmente a sintomatologia, as reações do paciente ao tratamento e aos profissionais de saúde, qualquer tentativa de descartar as reações subjetivas, empobrece a possibilidade de

desenvolvimento psíquico do paciente e impossibilita o contato com as dimensões humanas das vivências de adoecimento e das dores psíquicas do indivíduo, da família e de toda a equipe terapêutica.

A dificuldade do trabalho com os pacientes nos quais o sintoma corporal prepondera são suas resistências narcísicas. A princípio, não apresentam nenhuma demanda para a elaboração do sofrimento psíquico e são facilmente atraídos pelo saber técnico e tecnológico dos profissionais das ciências da saúde.

Os diagnósticos, os procedimentos, cuidando da sintomatologia somática, embora fundamentalmente necessários, acabam por ajudar a afastar o paciente da essência da sua dor, quando apenas essa faceta do sofrimento é vista, tratada e valorizada. Com isso, infelizmente, muitas vezes, cria-se uma aliança do paciente com a equipe de saúde, que busca somente na ciência e na técnica o controle de um sofrimento impossível de ser cuidado apenas desta maneira. Embora fundamental, a ênfase exclusiva nesses aspectos também pode ser considerada uma defesa psíquica de toda a equipe de saúde diante do imenso sofrimento físico e psíquico inerente às instituições de cuidado à saúde (VOLICH, 2000 e MORETTO, 2002).

Realizar um trabalho psicoterapêutico com esses pacientes requer bastante cuidado no modo de os receber, acolher e na maneira de trabalhar com suas comunicações e demandas. É fundamental levar em conta o desamparo ampliado pelo sofrimento físico da doença orgânica e os recursos precários que dispõem para lidar com todos estes fatores. De acordo com Marty, o trabalho dessa psicoterapia com pacientes com sintomatologia orgânica deve se encaminhar da função materna à psicanálise (MARTY e M'UZAN, 1994 e VOLICH, 2000).

Para exercitar a função materna na relação, é necessária uma renovação constante da identificação com o paciente, da empatia e dos meios não verbais e verbais que tem a sua disposição o psicoterapeuta, promovendo as bases de uma proximidade bilateral identificatória que permita uma melhora das qualidades pré-conscientes, uma reanimação libidinal e, por consequência, um melhor tratamento psíquico das excitações (VOLICH, 2000 e ALVAREZ E COSTA, 2018).

O paciente vai tender a manifestar um discurso sem angústia e conflitos, sobre adaptado, com conteúdo que pressupõe que o psicoterapeuta gostaria de escutar e, às vezes, com uma verborragia que é apenas uma catarse, sem representar seu mundo interno. Para os pacientes psicossomáticos, a palavra, via de

regra, não tem o mesmo valor do que para os outros pacientes nem ao falar, nem ao escutar. Usualmente reflete a realidade, ou outras falas que ouviu, e repete um discurso empobrecido e estereotipado sem uma compreensão profunda do significado da fala, seu pensamento fica estreitamente ligado à materialidade dos fatos. A palavra ilustra a sua ação, não tem ligação com uma atividade fantasmática, não implica em nenhuma elaboração (MARTY e M'UZAN, 1994, MCDOUGALL, 1994; VOLICH, 2000 e ALVAREZ e COSTA, 2018).

Diante disso, o psicoterapeuta é convocado a um trabalho que lida com níveis bem primitivos de comunicação. Pode ser de valia o atendimento na postura frente a frente, como propõem alguns especialistas, como Marty, não deixando o paciente no desamparo frente à sua pobreza representacional, apenas uma vez por semana, para não sobrecarregar psicologicamente uma estrutura frágil. No caso do renal crônico, há alternativa de fazê-lo durante a hemodiálise. Também pode ajudar na observação e captação de registros sensoriais mínimos, indícios de afeto, por meio de respostas orgânicas, como fricção das mãos ou olhos, tensão postural, enrubescimento, olhar e outros. É necessária, também, a substituição de interpretações pelo trabalho de maternagem, de nomeações de estados afetivos, gradativamente compondo e recompondo a atividade do pré-consciente. Assim, é possível estabelecer com o paciente uma relação que promova o desenvolvimento de recursos mais evoluídos de comunicação e de reação diante dos conflitos vitais, cotidianos e da própria doença (VOLICH, 2000; CASETTO, 2006 e ALVAREZ e COSTA, 2018).

Por meio da observação de respostas orgânicas, seria possível ajudá-los a reconhecer e nomear os seus estados afetivos. Assim, a intenção é lidar com a defesa do repúdio dos afetos que, com frequência, se manifestam pelos estados de apatia, torpor, depressão vazia, ou mesmo como um transbordar de angústia automática.

É importante valorizar, por mínimas que sejam, as manifestações oníricas, simbólicas e imaginárias do paciente, proteger e promover os mínimos indícios de simbolização e mesmo oferecer ao paciente representações psíquicas das quais ele não é capaz. O psicoterapeuta pode, inclusive, encorajá-lo a anotar seus pensamentos em um diário ou quando acordam, a se envolverem em uma atividade artística, ou atividades semelhantes que possam mobilizar, fomentar, desenvolver

seus recursos representativos. É essencial reservar um espaço de ilusão, de sonho, em que um encontro de outra ordem possa acontecer.

Conforme já apontado, entende-se a lesão orgânica como um ato posto no corpo que necessitará se constituir em palavra, a partir de que a pulsão consiga se projetar das fontes e usar a palavra para investi-la. Uma meta clínica é que estes pacientes desenvolvam uma função de auto-observação para que seja possível uma atitude de cuidados em relação a si próprio e ao seu corpo (MCDUGALL, 1994 e ALVAREZ e COSTA, 2018).

Por conta das perturbações da mentalização, os pacientes com sintomatologia psicossomática tendem a ter no contexto do atendimento uma atividade perceptiva, motora e sensorial acentuada. Podem ser mais sensíveis a mudanças de elementos do *setting* ou da realidade, sobretudo, maior sensibilidade à ausência ou presença real do psicoterapeuta. Eles precisam de um tratamento respeitoso às defesas do ego que, entre outros aspectos, costumam se caracterizar pela inflexibilidade. Podem, ainda, facilmente ter sua autoestima ferida por um ego ideal rigoroso.

Um sinal clínico importante de uma evolução favorável da psicoterapia é a modificação da natureza da angústia de início difusa, podendo se transformar em angústia sinal, demonstrando a capacidade do ego de enfrentar uma emergência pulsional.

A bússola da psicoterapia de orientação psicanalítica a estes pacientes será o resgate da subjetividade, aliando o trabalho às pulsões de vida do indivíduo, ganhando espaço à pulsão de morte e buscando restabelecer a intricação das pulsões (VOLICH, 2000).

Essas recomendações parecem atender a uma prática clínica, considerando as concepções teóricas de McDougall e de Marty, excetuando-se que McDougall mantém a proposta de *setting* semelhante aos demais pacientes da psicanálise e Marty propõe uma sessão por semana e psicoterapeuta e paciente na posição frente a frente. McDougall propõe para estes pacientes o atendimento semelhante aos demais, o mesmo *setting*, mas faz algumas recomendações para tal: que o paciente seja capaz de reconhecer a existência do sofrimento psíquico; tenha disposição para tentar compreender seus determinantes inconscientes; tenham uma estrutura egóica minimamente organizada e capaz de suportar as angústias inerentes ao processo psicanalítico. Não havendo tais condições, a psicanálise tradicional já não seria

apropriada. Marty já propõe um *setting* levando em conta a maior fragilidade egóica de muitos destes pacientes somáticos. Cabe ao psicoterapeuta identificar o mais apropriado para o paciente com o qual vai trabalhar (PERES e CLEMENTE, 2010).

Do ponto vista da humanização em saúde, o uso da fundamentação teórico-técnica psicanalítica pelo psicoterapeuta também apresenta muitos benefícios ao paciente, à equipe e à família. Em especial, aos pacientes renais crônicos em pré-diálise, em hemodiálise, ou no processo pré e pós transplante. São incontáveis, intensas e de muitos tipos as dores e sofrimentos desses pacientes. Também padecem a família e a equipe de saúde a seu modo.

Propostas de cuidado psicológico de outras abordagens teórico-técnicas que visam ao enfrentamento, aceitação e adaptação à doença, seus tratamentos e limitações de diversas naturezas podem ser úteis e até necessárias. Atendem às demandas da equipe e da família. E, sobretudo, atendem às necessidades do cuidado da saúde orgânica destes pacientes, respaldadas na ciência para o tratamento da doença renal crônica. Ou seja, o sintoma orgânico e a doença que o paciente desenvolveu, de acordo com as recomendações científicas até o momento, dependem da adesão à dieta hídrica e nutricional e da aceitação dos inúmeros, desconfortáveis e sofridos procedimentos anteriormente citados, que envolvem cateter, fístula arteriovenosa e máquinas de hemodiálise, por exemplo.

As mudanças provocadas na vida pessoal do paciente renal crônico em hemodiálise, os transtornos na vida laboral, afetivo sexual e social não podem ser evitados, é necessário conviver com as adaptações possíveis.

Todas as recomendações apontadas anteriormente acerca da técnica psicanalítica ao cuidado destes pacientes estão focadas em outros sofrimentos ocultos na doença orgânica. Mas, além desse sofrimento que o paciente não tem acesso, existem os que se relacionam à doença, seus tratamentos e mazelas.

Diante disso, do ponto de vista da humanização em saúde, o cuidado psicológico a estes pacientes necessita dar escuta também ao sofrimento relacionado à doença orgânica e suas consequências. Uma escuta que não inclua objetivos de adequação e adesão, mas a possibilidade de o paciente expressar seu desconforto, revolta e rebeldia às dietas, aos procedimentos dos exames e tratamento, às perdas e grandes mudanças na vida pessoal. Poder ter escuta à sua negação à doença nos momentos que a existência dela for insuportável. Ter escuta

do seu medo da morte e da consciência de ter uma doença grave e que, sim, pode ser letal.

Do ponto de vista psicanalítico, a adesão e a adaptação à sua nova realidade consequente à doença e seus tratamentos é um processo que poderá emergir de um atendimento no qual as dores possam ser expressas e elaboradas no tempo necessário. Parece estar mais no caminho da humanização e de uma ampla visão de qualidade de vida, o paciente poder entrar em contato com seu sofrimento, poder manifestar seus medos, angústias, e todos os demais sentimentos e percepções que tem em relação à doença e tratamentos, sem censuras. Poder refletir e fazer escolhas de como pode conviver com a doença.

Este é um trabalho a ser feito também com a equipe. É natural e óbvio que a equipe de saúde em sua seriedade e compromisso com a ciência e com a vida valorize a adesão do paciente, sem restrições às dietas e tratamentos. É relevante um trabalho com a equipe, e mesmo com a família, para uma compreensão mais profunda do que se passa com o paciente interiormente e em relação às suas reações, sejam elas de rebeldia, desobediência, negação, e incompreensão aos tratamentos, ou de tristeza, desânimo, desesperança e apatia.

É necessário que o psicólogo faça também um trabalho de fomento da empatia dos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado para uma maior compreensão a todo o processo que vive o paciente renal crônico, possibilitando uma eventual flexibilização às demandas ao paciente de adaptação às dietas e aos procedimentos. É também necessário um trabalho com a equipe de saúde para que haja um maior acolhimento, escuta, compreensão e empatia em relação às queixas, sintomas e manifestações de sentimentos, às vezes, desagradáveis e potencialmente negativos por parte do paciente; para que a haja também um tratamento levando em conta a individualidade e singularidade de cada indivíduo, de acordo com sua idade, características pessoais, sintomas físicos e psíquicos, comorbidades, sofrimentos, idiosincrasias. Não há apenas ali um renal crônico em hemodiálise, há uma pessoa com sua história. Essas são, na verdade, recomendações de humanização do trabalho das equipes de saúde em relação a qualquer doença e doente.

Como os profissionais da equipe de saúde também são pessoas com sua individualidade e singularidade – e expostas maciçamente ao sofrimento cotidiano de seus pacientes e da instituição de saúde, além de suas mazelas pessoais –, é

natural, saudável e desejável que tenham desenvolvido defesas psíquicas para lidar com tanta dor. O apego à técnica, à ciência, e à real consciência de, dessa forma, estar contribuindo com o cuidado dos pacientes são sua rotina, sua competência e seriedade. O foco necessário nesse cuidado por meio da técnica e da ciência os ajuda a se defender e a tolerar conviver com tanta dor diária. O psicólogo, em seu trabalho nesses ambientes de saúde, para promover a humanização do cuidado e a atenção à singularidade dos pacientes, necessita criar espaços de trabalho também com a equipe. É recomendável que se crie oportunidades para que estes profissionais de saúde possam se escutar, expressar suas vivências nesses contextos, trocar experiências e encontrar possibilidades de entrar um pouco mais em contato empático com os pacientes, mantendo os cuidados sustentados pela ciência e técnica, mas lidando, também, com suas próprias emoções e as dos pacientes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vale ainda comentar um pouco mais sobre as escolhas de abordagens psicológicas teórico-técnicas para o cuidado aos renais crônicos em hemodiálise. Foi realizada uma breve defesa do uso da fundamentação teórico-técnica da psicanálise, dada sua vocação e potência para a escuta da demanda, do sofrimento velado pela doença, o foco no inconsciente e no desenvolvimento psicossomático e capacidade de simbolização do paciente.

Para o psicoterapeuta de orientação psicanalítica e para o psicanalista, é imprescindível o apoio e a referência à sua formação, à sua análise e supervisão, ao estudo da teoria e técnica que se constituem balizas importantes do seu trabalho.

É notório que o cuidado psicológico de orientação psicanalítica dispensado aos pacientes é um empreendimento que se executa a médio ou a longo prazo. Ainda não é factível lidar com aspectos primitivos, inconscientes e desconhecidos de cada estruturação psíquica de maneira rápida e eficiente. As recomendações citadas da literatura psicossomática apontam, inclusive, para este cuidado com as precipitações e a pressa. Ainda assim, é o método psicoterapêutico apropriado para lidar com o desconhecido, com as experiências vividas, suas repercussões mentais e, por meio delas, tentar resgatar a história do indivíduo, propiciando a reorganização dos modos do seu funcionamento psicossomático.

Relembrando a revisão de escopo realizada, vale ressaltar que todas as demais abordagens teórico-técnicas referidas nos estudos tiveram êxito no cuidado dos sintomas e na adesão e adaptação do paciente à doença e seus tratamentos. Apresentaram propostas inovadoras, como o uso de intervenções online como mais uma ferramenta útil nesse trabalho. Assim, em “um mundo ideal”, seria muito válido e interessante se o cuidado psicológico a renais crônicos pudesse ser realizado por um profissional fundamentado em análise do comportamento ou em terapia cognitiva comportamental, com ênfase em uma intervenção psicoeducacional, contribuindo com a compreensão e o enfrentamento da doença pelo paciente. Mas, sobretudo, que houvesse um outro psicoterapeuta de orientação psicanalítica, pelo qual os pacientes pudessem ser acolhidos nos seus aspectos incompreensíveis e incomunicáveis. Entretanto, se o possível é apenas uma intervenção, dado o exposto acerca da psicossomática psicanalítica e suas recomendações teórico-técnicas para o atendimento psicológico, somada à experiência clínica de 20 anos

de atendimentos a estes pacientes renais crônicos em hemodiálise, conforme já citado, seria desejável, recomendável, optar pela psicoterapia de orientação psicanalítica.

REFERÊNCIAS

- ABDEL-KADER, K.; UNRUH, M. L. e WEISBORD, S. D. Symptom burden, depression, and quality of life in chronic and end-stage kidney disease. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, vol. 4(6), p. 1057–1064, 2009. <https://doi.org/10.2215/CJN.00430109>. Disponível online: <https://cjasn.asnjournals.org/content/clinjasn/4/6/1057.full.pdf?with-ds=yes>. Acesso em: 09 mar. 2021.
- ABDULKADER, R. C.; ZANETTA, D.; OLIVEIRA, G. M.; BURDMANN, E. A. Risk Factors for Hospital Death of Patients with End-Stage Renal Disease Without Previous Diagnosis of Severe Chronic Renal Failure Arriving in an Emergency Situation at the Hospital. **Renal Failure**, v. 25, n. 4, p. 631-638, 2003. DOI: < <https://doi.org/10.1081/JDI-120022555> >. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1081/JDI-120022555> >. Acesso em 14 out. 2018.
- AFSAR, B.; ELSURER, R., COVIC, A., KANBAY, M. Vascular Access Type, Health-Related Quality of Life, and Depression in Hemodialysis Patients: A Preliminary Report. **The Journal of Vascular Access**, Zonguldaque, v. 13, n. 2, p. 215-220, Abr. 2012. DOI: < <https://doi.org/10.5301/jva.5000032> >. Acesso em: 14 out. 2018.
- ALMANZA MUÑOZ, J. J.; BLUM GORDILLO, B.; GORDILLO PANIAGUA, G.; RIESTRA CANO, M.; ALTAMIRANO MORALES, S. Psicoterapia de grupo con pacientes renales / Group psychotherapy for renal patients. **Rev. sanid. Mi**. v. 49, n. 5, p. 127-30, sept.-oct. 1995. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-173845> > Acesso em: 20 jul. 2019.
- ALMEIDA, A. M.; MELEIRO, A. M. A. S. Revisão: Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 192-200, 2000. Disponível em: < https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v22n1a05.pdf >. Acesso em 14 out. 2018.
- ANDRADE, S. V.; SESSO, R.; DINIZ, D. H. M. P. Desesperança, ideação suicida e depressão em pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise ou transplante. **Brazilian Journal of Nephrology. J. Bras. Nefrol.** vol.37 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2015 <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150009>.
- ÁVILA, L. A. A alma, o corpo e a psicanálise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.17, n.3, p. 35-39, 1997.
- ÁVILA, L. A. **Doenças do corpo e doenças da alma Investigação Psicossomática Psicanalítica**. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 1995.
- ÁVILA, L. A. Isso dói: dor e sofrimento em Freud e Groddeck. **Revista de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 87-102, 2016.
- BARBOSA, L. M. M.; BASTOS, M. P. de A. J. e ANDRADE, K. de. Preditores de Qualidade de Vida em Pacientes com Doença Renal Crônica em Hemodiálise. **Braz. J. Nephrol.**, v. 29, n. 4, p. 222-229, out. 2007. Disponível online: https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/08/jbn_v29n4a7.pdf. Acesso em: 09 mar 2021.
- BEAL-LLOYD, D.; GROH, C. J. Dialysis and Sexuality. **Nephrol Nurs J.**, 39(4): 281-3. Jul-Ago 2012. Disponível online: <https://go-gale.ez31.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?&id=GALE|A302299225&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w>. Acesso em: 13 abr. 2021.
- BOTELHO, R. G. e OLIVEIRA, C. C. Literaturas branca e cinzenta: uma revisão conceitual. **Ciência da Informação**. Brasília, DF, vol. 44, número 3, pag. 501-513 set/dez 2015.

BRANCO VICENTE, L. Psicanálise e psicossomática - Uma revisão. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, 7(1-2), p. 257-267, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.675, de 7 de Junho de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível online: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html. Acesso em: 09 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2042 de 11 de Outubro de 1996**. DOU 199 DE 14/10/1996. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva e as normas para cadastramento desses estabelecimentos junto ao Sistema Único de Saúde. Disponível online: < <http://www.pharmanet.com.br/legisla/p2042.htm> >. Acesso em: 09 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível online: <<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE5MQ==>>. Acesso em: 09 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução – RDC Nº 154, de 15 de Junho de 2004**. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Disponível online: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/rdc0154_15_06_2004_rep.html>. Acesso em: 09 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o cuidado do paciente com doença renal crônica – DRC- no Sistema Único de Saúde**. Brasília; Ministério da Saúde. 2014, p. 37. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf >. Acesso em: 14 out. 2018.

CAMPBELL, D. R., SINHA, B. K. Psychotherapy and chronic hemodialysis. **International Journal for the Advancement of Counselling**, v. 6, n. 1, p. 47-60, 1983. DOI: < <http://dx.doi.org/10.1007/BF00118853> >. Disponível em: < <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00118853#article-info> >. Acesso em: 20 jul. 2019..

CAMPBELL, D. R.; SINHA, B. K. Brief group psychotherapy with chronic hemodialysis patients. **Am J Psychiatry**. v. 137 n. 10. p.1234-1237, 1980. Disponível em: < <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.137.10.1234> > Acesso em: 10 jun 2019.

CASADORE, M. M.; PERES, R. S. A interface mente-corpo em Sándor Ferenczi: perspectiva histórica dos primórdios da psicossomática psicanalítica, **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 20, n. 3, p. 633-642, 2017.

CASSETTO, S. J. **Sobre a importância do adoecer**: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. *Psyquê*. 17: 121-142, 2006.

CATROPA, S. L. M. **Estudo clínico de características de personalidade de pacientes com psoríase, através de entrevistas e do exame de Rorschach**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Metodista de Ensino Superior, Sao Bernardo do Campo, 1985.

CHAIVIBOONTHAM, S.; PHINITKHAJORNDECH, N.; TIANSAARD, J. Symptom Clusters in Patients with End-Stage Renal Disease Undergoing Hemodialysis. **Int J Nephrol Renovasc Dis**. 13:297-305, 2020. DOI: <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S271619>. Disponível online: <https://www.dovepress.com/symptom-clusters-in-patients-with-end-stage-renal-disease->

[undergoing-h-peer-reviewed-article-IJNRD](#). Acesso em: 09 mar. 2021.

CHAN, R.; DEAR, B. F.; TITOV, N.; CHOW, J.; SURANYI, M. Examining internet-delivered cognitive behaviour therapy for patients with chronic kidney disease on haemodialysis: **A feasibility open trial**. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 89, p. 78-84, 2016. DOI: < <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.08.012> >. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399916303786> >. Acesso em 20 jul. 2019.

CHERER, E. de Q.; QUINTANA, A. M.; LEITE, C. T. Repercussões psíquicas do adoecer: um relato de atendimentos na nefrologia hospitalar. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 66-73, ago. 2012. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000200006&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em 08 jul. 2019.

CHICOLT, J.; WELLESTED, D.; DA SILVA-GANE, M. e FARRINGTON, K. Depression on dialysis. **Nephron. Clinical practice**, 108(4), p. c256–c264. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1159/000124749>. Disponível online: <https://www.karger.com/Article/FullText/124749>. Acesso em: 09 mar. 2021.

CLEMENTE, J. P.; PERES, R. S. Funcionamento psíquico e manejo clínico de pacientes somáticos: reflexões a partir da noção de desafetação. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol.22, n.2, p.57 – 69, 2010. Disponível online: < <https://www.redalyc.org/pdf/2910/291022025005.pdf> >. Acesso em 09 mar 2021.

CORDIOLI, A. V.; WAGNER, C. J. P.; CECHIN, E. M. **Psicoterapia de apoio**. In: CORDIOLI, A. V. (Org.). *Psicoterapias abordagens atuais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 188-203. 2008.

COSTA, G. P. e ALVAREZ, L. H. Abordagem psicanalítica das manifestações psicossomáticas. **Psicanálise**, Porto Alegre, 20 (1), 70-96, 2018. Disponível online: < http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/Psican%C3%A1lise_v20_n1_2018-6.pdf >. Acesso em 09 mar 2021.

CUKOR, D. Use of CBT to Treat Depression Among Patients on Hemodialysis. **Psychiatric Services**. v. 58, n. 5, p. 711-712, May 2007. DOI: < <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.58.5.711> >. Disponível em: < <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2007.58.5.711> >. Acesso em 20 jul. 2019.

CUKOR, D.; COPLAN, J.; BROWN, C.; FRIEDMAN, S.; CROMWELL-SMITH, A.; PETERSON, R. A.; KIMMEL, P. L. Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. **Clin J Am Soc Nephrol**, 2(3): p. 484-90. 2007. DOI: 10.2215 / CJN.00040107. Disponível online: <https://cjasn.asnjournals.org/content/2/3/484.short>. Acesso em: 09 mar. 2021.

CUKOR, D.; COPLAN, J.; BROWN, C.; FRIEDMAN, S.; NEWVILLE, H.; SAFIER, M.; SPIELMAN, L. A.; PETERSON, R. A. e KIMMEL, P. L. Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study. *American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation*, 52(1), p. 128–136. 2008. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2008.02.300>. Disponível online: [https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(08\)00530-1/fulltext](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(08)00530-1/fulltext). Acesso em: 09 mar. 2021.

CUSUMANO, A.; GARCIA-GARCIA, G., GIOIA, C. Di; HERMIDA, O.; LAVAROTO, C.; CARREÑO, C. A.; TORRICO, M. P. G.; BATISTA, P. B. P; ROMÃO JR, J. E.; BADAL, H. P.; MIRADA, S. E.; GOMEZ, R.; CALDERON, M. C.; SANCHES, S. H.; LOPEZ, M. A.; MOSCOSO, J., MERINO, R. L.; POLO, J. V. S.; LOPEZ, A.; ROMERO, N. J.; GARCIA, R.; ACOSTA, B. V. F.; LOPEZ, A. S.; DELPIN, E. S.; MENA, E.; GONZÁLEZ, C.; MILANÉS, C. L.; ACCHIARDO, S. End-stage renal disease and its treatment in latin america in the twenty-first century. **Ren Fail**. 2006; 28(8):631-7. DOI: < <https://doi.org/10.1080/08860220600925693> >. Disponível em: < <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08860220600925693> >. Acesso em: 21 jan. 2019.

DE-NOUR, A.K. Psychotherapy with patients on chronic hemodialysis. **Brit F. Psychiat.** v. 116, p. 2017-15, 1970. DOI: < <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.116.531.207> >. Disponível em: < <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/psychotherapy-with-patients-on-chronic-haemodialysis/C619EC3702C64E2608618FBA0988EF61>>. Acesso: 20 jul. 2019.

DEVINS, G. M.; MENDELSSOHN, D. C.; BARRÉ, P. E.; TAUB, K.; BINIK, Y. M. Predialysis Psychoeducational Intervention Extends Survival in CKD: A 20-Year Follow-Up. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 46, n. 6, p. 1088-1098, 2005. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272638605012126> > Acesso em 20 jul. 2019.

DINIZ, D. P. e SCHOR, N. Psiconefrolgia: humanização e qualidade de vida. In: Denise Pará Diniz e Nestor Schor (Coord). **Guia de Qualidade de Vida**. Manole: Barueri, SP: Manole. pp. 35-53. 2006.

FAYER, A. A. M. **Repercussões psicológicas da doença renal crônica: comparação entre pacientes que iniciam o tratamento hemodialítico após ou sem segmento nefrológico prévio**. 2010. 162 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

FEROZE, U.; MARTIN, D.; REINA-PATTON, A.; KALANTAR-ZADEH, K. e KOPPLE, J. D. Mental health, depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis. **Iranian journal of kidney diseases**, v. 4, n. 3, p. 173–180. 2010. Disponível online: <http://www.ijkd.org/index.php/ijkd/article/view/359/196>. Acesso em: 09 mar. 2021.

FERREIRA, V. M. S. A construção da intersubjetividade no vínculo terapêutico com um paciente transplantado renal. **Revista Santa Rita**. ano 12, n. 24, p. 39-47, dez. 2017. Disponível em: < <https://santarita.br/wp-content/uploads/2019/05/revistasrita-24.pdf#page=39> > Acesso em 20 jul. 2019.

FREUD, S. (1895) **Projeto para uma Psicologia Científica**. In Edicao Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro. Imago, v. 1, 1977.

FREUD, S. (1896) **Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa**. In Edicao Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro. Imago, v. 3, 1977.

FREUD, S. (1898) **A sexualidade na etiologia das neuroses**. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund.Freud, Rio de Janeiro, Imago, v. 3, 1977.

FREUD, S. (1905) **Tres ensaios sobre a teoria da sexualidade**. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, v. 7, 1977.

FREUD, S. (1914) **Sobre o narcisismo**. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, v. 14, 1977.

FREUD, S. (1915) **Os instintos e suas vicissitudes**. In Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, v. 14, 1977.

FREUD, S. (1919) **Introdução a psicanálise das neuroses de guerra**. In Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, v.17, 1977.

FREUD, S. (1920) **Além do princípio do prazer**. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, v.18, 1977.

FREUD, S. (1924a) **Neurose e Psicose**. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, v.19, 1977.

FREUD, S. (1924b) **A perda da realidade na neurose ena psicose**. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago,

v.19, 1977.

FREUD, S. e BREUER, J. (1895) **Estudos sobre a histeria** In Edicao Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro. Imago, v.2, 1977.

FROMER, M.; BELLOTTO, A.; e ANTUNES, A. **O Pulso**. Álbum Ô Blésq Blom. Warner Music Brasil. 1989.

GAGNIER, S. A. e PIEPER, B. A. An Integrative Review of Depression in Patients Receiving Hemodialysis for End-stage Renal Disease and the Relevance to Patients With Wounds. **Wound Manage Prev.** 65(1): 28–34. 2019. Disponível online: <https://www.o-wm.com/article/integrative-review-depression-patients-receiving-hemodialysis-end-stage-renal-disease-and>. Acesso em: 09 mar. 2021.

GARCIA, T. P. **A contribuição da utilização dos recursos artísticos e lúdicos pelo psicólogo hospitalar no tratamento de pacientes renais no Hospital do Rim e Hipertensão**. Trabalho de Conclusão de Curso. São Paulo (SP): Faculdade de Psicologia – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2004. Disponível na World Wide Web: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0043.pdf>>.

GARCIA, T. P.; BITTENCOURT, M. **A contribuição da utilização dos recursos artísticos e lúdicos pelo psicólogo hospitalar no tratamento de pacientes renais no hospital do rim e hipertensão**. Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Psicologia. Pontifícia de São Paulo – PUC. O Portal dos Psicólogos. 2004. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0043.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2019

GARCÍA-LLANA, H.; REMOR, E.; DEL PESO, G. e SELGAS, R. The role of depression, anxiety, stress and adherence to treatment in dialysis patients' health-related quality of life: a systematic review of the literature. **Nefrologia : publicacion oficial de la Sociedad Espanola Nefrologia**, 34(5), 637–657. 2014. DOI: <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Jun.11959>. Disponível online: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25259819/>. Acesso em: 09 mar. 2021.

GOYAL, E.; CHAUDHURY, S.; SALDANHA, D. Psychiatric comorbidity in patients undergoing hemodialysis. **Ind Psychiatry J.** 27(2): 206–212, 2018. DOI: [10.4103/ipj.ipj_5_18](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_5_18). Disponível online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6592213/>. Acesso em: 09 mar. 2021.

HAILEY, B. J.; MOSS, S. B.; STREET, R.; GERSH, H. A.; CALABRESE, A. A.; CAMPBELL, C. (2001). Mental Health Services In an Outpatient Dialysis Practice. **Dialysis & Transplantation**, v. 30, n. 11, p. 732-739. [via comut].

HAYNAL, A.; PASINI, W. **Manual de Medicina Psicossomática**. Sao Paulo. Masson do Brasil, 1983.

HERNANDEZ, R.; BURROWS, B.; WILUND, K.; COHN, M.; XU, S.; MOSKOWITZ, J. T. Feasibility of an Internet-based positive psychological intervention for hemodialysis patients with symptoms of depression. **Social Work in Health Care.** v. 57, n. 10, p. 864-879, 2018. DOI: < 10.1080/00981389.2018.1523268 >. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7282478/> >. Acesso em 20 jul. 2019.

HIGA, K.; KOST, M. T.; SOARES, D. M.; MORAIS, M. C.; POLINS, B. R. G. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta paul. enferm.** 21 (spe). 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000500012>. Acesso em: 3 mar. 2021

HILL, N. R.; FATOBA, S. T.; OKE, J. L.; HIRST, J. A.; O, CALLAGHAN, C. A.; LASSERSON, D. S.; HOBBS, F. D. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. **PloS One**, Oxford, v. 11, n. 2, Jul 2016. DOI: < <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765> >. Acesso em: 04 jan. 2019.

HOSSEINI, S. H.; ESPAHBODI, F., MEHDI, S.M.; GOUDARZI, S. M. M. M. Citalopram and

Psychological Training in Hemodialysis Patients. **Iranian Journal of Kidney Diseases**, v. 6, n. 6, p. 446-451, Nov 2012. Disponível online: < https://www.researchgate.net/profile/Seyed_Hamzeh_Hosseini/publication/233404400_Citalopram_versus_psychological_training_for_depression_and_anxiety_symptoms_in_hemodialysis_patients/links/5d822a75458515cbd195d0b5/Citalopram-versus-psychological-training-for-depression-and-anxiety-symptoms-in-hemodialysis-patients.pdf >. Acesso em 20 jul. 2019.

HUDSON, J. L.; MOSS-MORRIS, R.; NORTON, S.; PICARELLO, F.; GAME, D.; CAROLL, A.; SPENCER, J., MCCRONE, P.; HOTOPF, M.; YARDLEY, L.; CHILCOT, J.. Tailored online cognitive behavioral therapy with or without therapist support calls to target psychological distress in adults receiving haemodialysis: feasibility randomised controlled trial. **Journal of Psychomatic Research**, v. 102, p. 61-70, 2017. DOI: < <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.009> >. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399917303884> > Acesso em: 25 jul. 2019.

JEAN-DIT-PANNEL, R.; RIAZUELO, H.; CUPA, D. Le travail de l'hypocondrie chez le sujet en insuffisance rénale chronique et hémodialysé [Work on hypochondria for the subject with chronic renal failure treated by hemodialysis]. **L'Évolution Psychiatrique**, v. 83, n. 1, p. 55-66, 2018. DOI: < <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2017.09.002> > Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385517301147> > Acesso em: 30 jun. 2019.

KIM, K.; KANG, G. W.; WOO, J. The Quality of Life of Hemodialysis Patients Is Affected Not Only by Medical but also Psychosocial Factors: a Canonical Correlation Study. **J. Korean Med. Sci.**, Daegu, v. 33, n. 14, Abr. 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e111> >. Acesso em: 04 jan. 2019.

KIMURA, H. e OZAKI, N. Diagnosis and Treatment of Depression in Dialysis Patients. **The Apher Dial.** 2006. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1744-9987.2006.00385.x>. Disponível online: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1744-9987.2006.00385.x>. Acesso em: 09 mar. 2021.

KOO, J-R.; YOON, J-Y.; JOO, M-H.; LEE, H-S.; OH, J-E.; KIM, S-G.; SEO, J-W.; LEE, Y-K., KIM, H-J.; NOH, J-W.; LEE, S-K.; SON, B-K. Treatment of depression and effect of antidepressant treatment on nutritional status in chronic hemodialysis patients. **The American Journal of the Medical Sciences**. v. 329, n. 1, p. 1-5, January 2005. DOI: < <https://doi.org/10.1097/00000441-200501000-00001> >. Acesso em 30 jun. 2019.

KRESPI, M. R.; BONE, M.; AHMAD, R.; WORTHINGTON, B.; SALMON, P. Hemodiyaliz hastalarinin yaşamlarini deęerlendirmesi [Hemodialysis patients' evaluation of their lives]. **Turk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry**, 19(4), 365-372, 2008. Disponível online: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19110978/>. Acesso em: 09 mar. 2021.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LIMA, L. T. S. S. O papel do símbolo na psicossomática psicanalítica. **Cadernos de Psicanálise (CPRJ)**, v. 40, n. 39, p. 165-189, 2018.

LIN, C. C.; HAN, C.Y.; PAN, I. J. A qualitative approach of psychosocial adaptation process in patients undergoing long-term hemodialysis. **Asian Nurs Res** (Korean Soc Nurs Sci). 9(1):35-41, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.10.007>. Disponível online: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131715000055>. Acesso em: 09 mar. 2021.

LOLLO, M. C. **O teste de Rorschach em pacientes com úlcera péptica**. 1990. 100 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, Sao Paulo. 1990.

MANIAKAS, G. F. **Elementos para a formulação de uma psicossomática psicanalítica** Tese de doutorado em Filosofia. Universidade Federal de Sao Carlos. Sao Carlos 2008.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 670-676, Out 2005. DOI: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500010> >. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500010&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 jan. 2019.

MARTY, P., DE M'UZAN, M. de. O pensamento operatório. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. XVIII, n 1, 1994.

MCDOUGALL, J. Corpo e Linguagem da linguagem do soma às palavras da mente. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. XXVIII, n 1, 1994.

McKERCHER, C.; SANDERSON, K. e JOSE, M. D. Psychosocial factors in people with chronic kidney disease prior to renal replacement therapy. **Nephrology** (Carlton, Vic.), 18 (9), 585–591, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/nep.12138>. Disponível online: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nep.12138>. Acesso em: 09 mar. 2021.

MELLO FILHO, J. **Concepcao Psicossomática: visao atual**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital**. 1ª edição. Editora Casa do Psicólogo. São Paulo.

NAKAO, R. T. **Variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas associadas à adesão à hemodiálise**. 2013. 112 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2013.

NEVES, P. D. M. de M.; SESSO, R. de C. C.; THOMÉ, F. S.; LUGON, J. R.; NASICMENTO, M. M.. Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. **Braz. J. Nephrol.**, v. 42, n. 2, p. 191-200, maio 2020. DOI:< <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0234> >. Disponível em: < <https://bjnephrology.org/article/censo-brasileiro-de-dialise-analise-de-dados-da-decada2009-2018-2/> >. Acesso em: 10 Jan 2021.

NG, H. J.; TAN, W. J.; MOOPPIL, N.; NEWMAN, S.; GRIVA, K. Prevalence and patterns of depression and anxiety in hemodialysis patients: a 12-month prospective study on incident and prevalent populations. **Br. J. Health Psychol.** Singapura, v. 20, v. 2, p. 374-395, Maio 2015. DOI: < <https://doi.org/10.1111/bjhp.12106> >. Disponível em: < <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bjhp.12106> >. Acesso em: 04 jan. 2019.

OTTAVIANI, A. C.; BETONI, L. C.; PAVARINI, S. C. L.; SAY, K. G.; ZAZZETTA, M. S. e ORLANDI, F. S. Association Between Anxiety and depression and Quality of Life of Chronic Renal Patients on Hemodialysis.. Texto contexto - **enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 3, e00650015, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000650015>. Disponível online: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300303&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mar. 2021.

PAULA, T. B.; SOUZA, B. M.; MEDEIRO, N.; EL MAT, S. M.; GUTIERREZ, F.; LOURENÇO, L. D'A.; ZIHLMANN, L. F. Potencialidade do lúdico como promoção de bem-estar psicológico de pacientes em hemodiálise. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 37 n. 1, p. 146-158, Jan 2017. DOI: < <https://doi.org/10.1590/1982-3703000682014> >. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000100146&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 20 jul. 2019.

PEREIRA, E.; CHEMIN, J.; MENEGATTI, C. L. e RIELLA, M. C.. Escolha do método dialítico - variáveis clínicas e psicossociais relacionadas ao tratamento. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 215-224, Jun 2016. DOI: < <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20160031> >. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-

28002016000200215&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2021.

PERES, R. S. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. **Psicol. clin.** [online]. 2006, vol.18, n.1, pp.165-177. DOI <<https://doi.org/10.1590/S0103-56652006000100014>>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652006000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2019.

PETERS, M. D. J.; GODFREY, C.; MCLERNEY, P.; MUNN, Z.; TRICCO, A. C.; KHALIL, H. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors) JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual**. The Joanna Briggs Institute, 2017. Disponível em: <<https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>> Acesso em: 08 jan. 2019.

PRETTO, C. R.; ROSA, M. B. C. da; DEZORDI, C. M.; BENETTI, S. A. W.; COLET, C. de F.; STUMM, E. M. F. Depressão e pacientes renais crônicos em hemodiálise: fatores associados. **Rev Bras Enferm.** 73 (Supl 1), p. 1-8; 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0167> e20190167. Disponível online: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73s1/pt_0034-7167-reben-73-s1-e20190167.pdf. Acesso em: 09 mar. 2021.

RAMER, S; GERMAIN, A; DOHAR, S., UNRUH, M. [Event-related distress in kidney disease patients](#). **Transplante de dial de nefrol.** 27 (1): 299–303, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfr305>. Disponível online: <https://academic.oup.com/ndt/article/27/1/299/1929530>. Acesso em: 09 mar. 2021.

RESENDE, M. C.; SANTOS, F. A; SOUZA, M.M.; MARQUES, T.P. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 87-99, Dez 2007. DOI: < <https://doi.org/10.1590/S0103-56652007000200007> >. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652007000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2019.

ROQUES, M.; POURRAT, J. Dans l'entre deux de la création de la fistule et de la mise en dialyse: un moment propice pour l'accompagnement du patient? **Néphrologie & Thérapeutique**, v. 7, n. 4, p. 207-210, 2011. DOI: < <https://doi.org/10.1016/j.nephro.2010.11.001> >. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S176972551000221X> > Acesso em: 10 jun. 2019.

RYFF, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, 57, 6, 1069-1081. 1989. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>. Acesso em: 20 jul. 2019.

SAGAWA, M.; OKA, M.; CHABOYER, W. The utility of cognitive behavioural therapy on chronic haemodialysis patients' fluid intake: a preliminary examination. **Int J Nurs Stud**, v. 40, n. 4, p. 367-373, May 2003. DOI: < [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00100-1](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00100-1) >. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748902001001> > Acesso em: 20 jul. 2019.

SAGAWA, M.; OKA, M.; CHABOYER, W.; SATOH, W.; YAMAGUCHI, M. Cognitive behavioral therapy for fluid control in hemodialysis patients. **Nephrology Nursing Journal**, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 37-39, 2001.

SESSO, R. C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S.; LUGON, J. R.; MARTINS, C. T. Brazilian Chronic Dialysis Survey. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 261-266, Set 2017. DOI: < <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20170049> >. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002017000300261&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04 jan. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Compreendendo os rins**. Disponível em < <https://sbn.org.br/publico/institucional/compreendendo-os-rins> >. Acesso em: 12 jan. 2019.

SOHN, B. K.; OH, Y. K.; CHOI, J. S.; SONG, J.; LIM, A.; LEE, J. P.; AN, J. N.; CHOI, H. J.; HWANG, J. Y.; JUNG, H. Y.; LEE, J. Y., & LIM, C. S. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy with mindfulness in end-stage renal disease hemodialysis patients. **Kidney Res Clin Pract**, v. 37, n. 1, March 2018. DOI:< <https://doi.org/10.23876/j.krcp.2018.37.1.77> >. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5875579/pdf/krcp-37-077.pdf> > Acesso em 20 jul. 2019.

TOULABI, T.; KALAVEH, S.M.; GHASEMI, F., ANBARI, K. The impact of multidisciplinary rehabilitation on the quality of life of hemodialysis patients in Iran. **Journal of the Formosan Medical Association**, v. 115, ed. 7, p. 553-559, Jul 2016. DOI: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfma.2015.05.013> > Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929664615001837?via%3Dihub> > Acesso em: 20 jul. 2019.

TREADWELL, A. A. Examining depression in patients on dialysis. **Nephrology Nursing Journal**, vol. 44, no. 4, 2017, p. 295+. Gale Academic OneFile, Disponível online: <<link.gale.com/apps/doc/A503466855/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=10b25ff2>>. Acesso em 13 abr. 2021.

TUCKMAN, A. J. Brief Psychotherapy and Hemodialysis. **Arch Gen Psychiatry**. v. 23, n. 1, p. 65–69, 1970. DOI: < <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1970.01750010067012> >. Disponível em: < <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/490281> > Acesso em: 15 jul. 2019.

VIEIRA, M. C.; FRANCA, A. K. T. da C.; LIMA, I. N. S.; LAMY, Z. C.; SALGADO FILHO, N. Reabilitação psicossocial de pacientes com doença renal crônica: utilização da clínica ampliada. **Rev Med Minas Gerais**, v. 19, n. 4, Supl 2, p. S 71-74, 2009. Disponível em: < <http://rmmg.org/exportar-pdf/1137/v19n4s2a12.pdf> > Acesso em: 20 jul. 2019.

VOLICH, R. M. **Psicossomática: De Hipócrates a psicanálise**, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000.

WEISBORD, S. D.; MCGILL, J. B., KIMMEL, P. L. Psychosocial factors in patients with chronic kidney disease. **Advances in chronic kidney disease**, 14(4), 316–318, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2007.07.012>. Disponível online: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17904497/>. Acesso em: 09 mar. 2021.

APÊNDICE

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
01	FERREIRA, V.M.S.	A construção da intersubjetividade no vínculo terapêutico com um paciente transplantado renal	Revista Santa Rita 12 (24) 39-47	2017	Brasil	Português	Refletir sobre a construção da intersubjetividade no vínculo terapêutico por meio do caso de um jovem renal crônico.	Estudo de caso	Amostra: 1 paciente. CI: Clínica particular, onde o paciente procurou psicoterapia. O artigo não esclarece detalhes.	Clínica de psicologia particular.
Intervenção realizada							Principais resultados e conclusões			
Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais) Sim ou Não										
Intervenção realizada: Psicoterapia baseada na biossíntese. Randomização: Não.							Principais resultados e conclusões: Aos poucos, o paciente pôde conhecer o próprio corpo, suas possibilidades, sua força e seus limites. No vínculo com a psicoterapeuta, a construção da intersubjetividade desse paciente teve a função de tornar conscientes os traumas e suas defesas, além de construir uma identidade física, relacional e corporal. Com a psicoterapia, estabeleceu relacionamentos sociais e afetivos para além da dependência familiar, pôde estudar e se desenvolver profissionalmente, ter um trabalho e independência.			

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)	
02	GARCIA, T.P. BITTENCOURT, M.	A Contribuição da utilização dos recursos artísticos e lúdicos pelo psicólogo hospitalar no tratamento de pacientes renais no Hospital do Rim e Hipertensão	Psicologia. com.pt – O Portal dos Psicólogos	2004	Brasil	Português	O objetivo foi refletir sobre a possível contribuição do psicólogo hospitalar aos pacientes internados, por meio dos recursos artísticos.	Estudo de caso	Amostra: 1 paciente. CI: Paciente internado com DRC foi submetido ao transplante e o perdeu. Tinha dois anos antes de hemodiálise e voltou para a hemodiálise.	Hospital. Em geral, os ambulatórios de hemodiálise são dentro ou próximos a hospitais.	
Intervenção realizada							Principais resultados e conclusões				
Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não											
Intervenção realizada: Descrição e análise de um atendimento realizado utilizando o lúdico e recursos artísticos com uma paciente do Hospital do Rim e Hipertensão.							Principais resultados e conclusões: Os recursos artísticos e lúdicos tornam-se uma ponte entre o psicólogo hospitalar e o doente, quando a relação entre ambos está dificultada por algum motivo. O paciente pode estar deprimido, cansado, aborrecido, ou ainda não possuir um vínculo de confiança com o psicólogo. Em todas essas circunstâncias, a utilização de recursos lúdicos auxilia no contato, permitindo que este ocorra de forma menos intrusiva na formação do vínculo, mantendo paciente e psicólogo trabalhando juntos e permitindo a exteriorização do conflito e das fantasias que podem surgir na situação de hospitalização.				
Randomização: Não.											

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
05	RESENDE, M.C.; DOS SANTOS, F.A.; DE SOUZA, M.M.; & MARQUES, T.P.	Atendimento Psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: Em busca do ajustamento psicológico	Psicologia Clínica 19(2), 87-99	2007	Brasil	Português	Relatar a Intervenção psicológica em clínica de hemodiálise, enquanto atividade de Estágio do curso de Psicologia. Atendimentos para contribuir o melhor ajustamento das pessoas à sua condição de ter que conviver por tempo indeterminado com a máquina, os sintomas da hemodiálise, as mudanças de vida causadas pela Insuficiência Renal Crônica (IRC), trabalhando aspectos singulares do adoecimento, suas atitudes em relação ao tratamento e à vida.	Relato de experiência sobre atendimento psicológico de pacientes com idades entre 15 e 80 anos, maioria mulheres (69,2%), casados (53,8%), que não trabalham (92,3%) e aposentados (57,7%), fazendo hemodiálise três vezes por semana, há mais de quatro anos (46,0%) e em tratamento há menos de 1 ano (11,0%).	Amostra: 26. CI: Avaliação clínica através de entrevista clínica e a Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff (1989): com 18 itens, as respostas devem ser dadas numa escala Likert de cinco pontos (“pouquíssimo” a “muitíssimo”), avalia o bem-estar psicológico referente aos domínios, autoaceitação, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito na vida, crescimento pessoal e relação positiva com os outros.	Clínica particular subsidiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Cont. Nº 05

<p style="text-align: center;">Intervenção realizada</p> <p style="text-align: center;">Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não</p>	<p style="text-align: center;">Principais resultados e conclusões</p>
<p>Intervenção realizada: A partir da avaliação, foram selecionadas para atendimento as 26 pessoas. Durante o período de estágio, faleceram 2 pacientes que estavam em atendimento psicológico. Os atendimentos aconteciam uma ou duas vezes por semana, dependendo da queixa e da necessidade individual para acompanhamento. No decorrer das intervenções psicológicas, foram utilizadas também leitura de histórias, técnicas de relaxamento e visualização. Na avaliação por meio da Escala, foi possível verificar que os participantes apresentaram bem-estar psicológico positivo (média de 3,88; Desvio Padrão (DP) =0,4), dando indícios de ajustamento pessoal. Os resultados indicaram que os participantes se veem como estando em crescimento pessoal (média 3,5; DP=0,5) e tendo um propósito na vida (média 3,5; DP=0,7). Apresentam boa autoaceitação (média 3,3; DP=0,7), domínio sobre o ambiente (3,4; DP=0,7) e autonomia (média 3,6; DP=0,7). Nos atendimentos focais, trabalhavam-se questões que emergiam no momento do tratamento dialítico, ou seja, enquanto os pacientes permaneciam ligados à máquina fazendo hemodiálise, o que ocasionava algumas interrupções em função de procedimentos técnicos.</p> <p>Randomização: Não.</p>	<p>Principais resultados e conclusões: As principais queixas que apareceram foram a necessidade de adaptação ao tratamento e a questão da morte, especificamente quando algum paciente vinha a óbito, gerando sentimentos de medo de ser “o próximo” e angústia. Há dificuldade também da equipe em lidar com assuntos relacionados à morte, tratada como “tabu”. Quando algum paciente falecia, o movimento da equipe era de silêncio, como se nada tivesse acontecido; os sentimentos e as falas ficavam velados. Temas sobre a morte são constantes em pacientes com IRC, pois, apesar do progresso nos tratamentos renais, a expectativa de vida de pacientes em estágio final de doença renal é muito menor do que a nos diversos grupos da mesma faixa etária da população geral. Os envolvidos com o tratamento têm uma percepção disso e, comumente, surgem fantasias sobre a morte, que precisam ser acompanhadas por um profissional da área psicológica. Tem sido também mostrado que o número de anos que o paciente permanece em tratamento dialítico está relacionado com o risco de morte e pode ajudar a estimar a probabilidade de um paciente com insuficiência renal permanecer vivo por um certo período de tempo, caso não seja possível oferecer-lhe um transplante. A morte faz parte da vida, assim como o sofrimento, e enfrentar a dor com dignidade é a tarefa mais difícil neste encontro. Descobrir que se tem uma doença grave também pode ser um caminho para reflexões sobre os motivos ou objetivos para continuar vivendo. Para tais pessoas, o tratamento hemodialítico é inevitável e o transplante é casual. Assim, a equipe de profissionais precisa ampliar sua compreensão da árdua, triste, difícil e monótona realidade de lidar com a impotência frente à doença e às impossibilidades de transformação. Na convivência com esses pacientes, ficou clara a importância da intervenção psicológica em busca de solução das limitações provocadas pela IRC e pelo tratamento, sendo necessária a atuação constante de profissionais da Psicologia, sensíveis e dispostos a trabalhar para melhor adesão do paciente ao tratamento dialítico, além de poderem contribuir para um maior entendimento e capacidade de enfrentamento da sua atual condição. O psicólogo deve ser mais um profissional da equipe de saúde que atua, junto com a equipe multiprofissional, no relacionamento com os pacientes e nas dores emocionais que rondam o ambiente hospitalar. Deverá atuar com o intuito de</p>

Cont. Nº 05

		<p>minimizar o impacto da doença na vida do paciente e da família, tentando impedir os efeitos iatrogênicos na busca de garantir a direção do tratamento junto com a equipe multidisciplinar. O trabalho do psicólogo na hemodiálise deve acontecer tanto na reestruturação psíquica do paciente, como também na manutenção do tratamento. Também poderá auxiliá-los a encarar sua condição numa outra perspectiva, ativando estratégias de enfrentamento que resgatem o bem-estar e promovam melhor qualidade de vida, descobrindo possibilidades na adversidade. Ao vivenciar um evento negativo, tal como uma doença crônica que muitas vezes incapacita para certas atividades, o senso de controle do indivíduo tende a ser acionado, seus recursos pessoais e sociais sofrem uma pressão para se adaptarem ao novo modelo. Há distintas possibilidades para lidar com esta experiência, seja retirando do sofrimento lições que poderão levar ao crescimento pessoal e a repensar os valores principais da vida, seja se revoltando e caindo em desespero.</p>
--	--	--

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
06	ROQUES, M.; POURRAT, J.	Dans l'entre deux de la creation de la fistule et de la mise en dialyse: un moment propice pour l'accompagnement du patient? Entre a criação da fístula e o início da diálise: um momento favorável para o acompanhamento do paciente?	Nephrologie & Therapeutique, Juill 2011;7(4): 207-210	2011	França	Francês	Identificar se entre a criação da fístula arteriovenosa e a hemodiálise é um bom momento para a intervenção psicoeducacional.	O autor não caracteriza o tipo de estudo. Estudo com características de reflexão a partir de experiência clínica.	Amostra: 4 pacientes. CI: Pacientes selecionados aleatoriamente a partir do material clínico do profissional.	Hospital. Em geral, os ambulatórios de hemodiálise são dentro ou próximos a hospitais.
<p style="text-align: center;">Intervenção realizada Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não</p>							Principais resultados e conclusões			
<p>Intervenção realizada: Psicólogo realiza atendimento psicológico em trabalho em equipe multiprofissional.</p> <p>Randomização: Não.</p>							<p>Principais resultados e conclusões: A criação da fístula gera reações psíquicas e os pacientes podem se beneficiar de atendimento psicológico individual ou de grupo, acompanhamento psiquiátrico ou conversando com outros pacientes em grupos dedicados a esse fim, ou em reuniões de pré-diálise.</p>			

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
07	CAMPBELL, D.R. & SINHA, B. K.	Brief Group Psychotherapy with Chronic Hemodialysis Patients Psicoterapia breve de grupo com pacientes crônicos em hemodiálise	The American Journal of Psychiatry 137(10), 1234-1237.	1980	Canadá	Inglês	Identificar a efetividade de terapia de grupo breve com pacientes em hemodiálise, cada sessão sendo realizada enquanto os pacientes estavam na máquina. O terapeuta e coterapeutas foram participantes ativos em todas as sessões.	O autor não caracteriza o tipo de estudo. Com características de estudo descritivo.	Amostra: 11. CI: 11 dos 18 pacientes com indicação para consulta psiquiátrica pelo nefrologista, 8 homens e 3 mulheres de 20 a 50 anos. Todos os pacientes tinham alto escores (>80) nas escalas de depressão e hipocondria na MMPI, além de estarem há menos de 6 meses em diálise, bem como ter combinação de depressão com hostilidade.	Ambulatório de Hemodiálise do Hospital da Universidade de Alberta. Em geral, os ambulatórios de hemodiálise são dentro ou próximos a hospitais.

Cont N° 07

<p style="text-align: center;">Intervenção realizada</p> <p style="text-align: center;">Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não</p>	<p style="text-align: center;">Principais resultados e conclusões</p>
<p>Intervenção realizada: Os pacientes foram divididos em dois grupos – um de 6 pessoas, e outro de 5. Foram feitas sessões a cada duas semanas de uma hora e meia cada. As sessões eram lideradas por um psiquiatra e duas enfermeiras, uma da hemodiálise e outra da ala psiquiátrica. O psiquiatra tinha um papel mais ativo e incisivo, enquanto as enfermeiras tinham posturas mais acolhedoras – sendo cruciais para que os pacientes mais depressivos participassem das sessões. O psiquiatra promovia exame racional dos sentimentos e fazia tentativas de reestruturar cognitivamente a visão dos pacientes sobre sua doença renal – vendo-a como um desafio, ao invés de uma falha.</p> <p>Randomização: Não.</p>	<p>Principais resultados e conclusões: As sessões iniciais revelaram que negação da doença e medo da morte eram as áreas primárias de preocupação, referência à condição renal e a fatalidade era evitada nas discussões de grupo. Com a progressão do grupo, porém, eles se tornaram mais objetivos ao lidar com situações estressoras, como a morte de um paciente em diálise. Depressão e apatia também foram extensamente discutidas e, pelo final das sessões, a comunicação entre o grupo melhorou, com os pacientes se tornando mais abertos e mais suportivos aos outros participantes. As sessões pareceram promover um senso de autovalorização e esperança no futuro. Pacientes foram avaliados pelos terapeutas como “bom”, “médio” e “ruim” em 10 categorias: 1. Controle da dieta; 2. Melhora de comunicação interpessoal com os funcionários do hospital, família e amigos; 3. Retorno ao trabalho ou estudos; 4. Aceitação da condição renal; 5. Diminuição do medo à máquina de hemodiálise; 6. Redução da depressão e <i>acting-out</i>; 7. Diminuição de sintomas somáticos, como náusea, dor, vômitos etc.; 8. Habilidade de lidar com eventos estressores menores, isto é, veias saltadas ou maiores, ou seja, morte de outro paciente em máquina próxima; 9. Mudanças nas atitudes e sentimentos dos pacientes em relação aos funcionários do hospital, família e amigos; e 10. Mudanças de atitudes e sentimentos dos funcionários, família e amigos em relação aos pacientes. Aproximadamente 64% dos pacientes foram avaliados como “bom”, 18% como “médio” e 18% como “ruim”. Em geral, os pacientes passaram a cooperar mais ao seguirem o regime imposto pela diálise.</p> <p>Os resultados mostram o quanto os pacientes podem se beneficiar ao fazer terapia enquanto estão passando pela máquina de diálise, como uma lembrança constante da doença deles – minando a possibilidade de usar negação o tempo todo. Como não houve grupo controle, ou comparação entre terapia individual e em grupo, não dá para saber se terapia em grupo é mais efetiva em comparação à terapia individual.</p>

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)	
09	JEAN-DIT-PANNEL, R.; RIAZUELO, H.; CUPA, D.	Le Travail de L'hypocondrie chez le sujet em insuffisance rénale chronique et hémodialysé O trabalho da hipocondria em pacientes com insuficiência renal crônica e hemodiálise	L'Évolution Psychiatrique, 83(1), 55-66	2018	França	Francês	Como a interioridade do corpo é redefinida pela experiência de uma doença somática crônica e de suas terapias, uma das abordagens psíquicas que propomos estudar é o trabalho acerca da Hipocondria.	Estudo de caso. É discutido o trabalho psicoterapêutico realizado com Bernard por um período de sete anos por meio de material clínico. Ele apresentava insuficiência renal crônica e foi tratado por hemodiálise.	Amostra: 1 paciente. CI: O artigo não é claro, parece ter sido escolhido entre os pacientes que eram atendidos pelo psicoterapeuta, talvez até pela duração do atendimento, sete anos.	Hospital. Em geral, os ambulatórios de hemodiálise são dentro ou próximos a hospitais.	
Intervenção realizada											
Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não							Principais resultados e conclusões				
Intervenção realizada: Psicoterapia de orientação psicanalítica por sete anos. Randomização: Não.							Principais resultados e conclusões: O trabalho da psicoterapia com as queixas corporais e o trabalho da hipocondria possibilitaram o trabalho do sonho, estendendo-se à criação, a fim de reviver, re-humanizar e re-objetificar o sujeito.				

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
10	HAILEY, B. J.; MOSS, S.B.; STREET, R.; GERSH, H.A.; CALABRESE, A.A.; CAMPBELL, C.	Mental Health Services in the Outpatient Dialysis Practice Serviços de Saúde Mental em uma prática de diálise ambulatorial	Dialysis & Transplantation 30 (11), 732-739	2001	USA	Inglês	Descrever a incidência de problemas de saúde mental de pacientes em hemodiálise e um programa para prover serviços de saúde mental, inclusive avaliação, orientação e tratamento em uma região sulista e rural do Estados Unidos da América (USA), utilizando a equipe de psicologia de um hospital local.	O autor não caracteriza o tipo de estudo. O estudo tem características de estudo descritivo.	Amostra: 163. CI: Não há critérios de inclusão bem definidos. Pacientes avaliados com sintomas mentais por meio de entrevista clínica e breves instrumentos de avaliação intelectual, de personalidade e cognição.	Ambulatório de Hemodiálise. Em geral, os ambulatórios de hemodiálise são dentro ou próximos a hospitais.

Cont. Nº 10

<p style="text-align: center;">Intervenção realizada</p> <p style="text-align: center;">Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não</p>	<p style="text-align: center;">Principais resultados e conclusões</p>
<p>Intervenção realizada: Os pacientes eram avaliados por entrevista clínica e instrumentos, depois recebiam orientações tanto sobre a doença renal e hemodiálise como breve acompanhamento psicológico em relação aos seus sintomas mentais; em alguns casos, dependendo da necessidade, eram seguidos em psicoterapia. A equipe também recebia orientação dos psicólogos que usavam a análise do comportamento como abordagem, supervisionados por especialista. Quando avaliado como necessário, os pacientes eram encaminhados para avaliação para uso de medicação psiquiátrica. O programa de saúde mental foi estendido à região do entorno.</p> <p>Randomização: Não</p>	<p>Principais resultados e conclusões: São descritas as características psicológicas e demográficas deste grupo indicado ao programa da saúde mental, mostrando que esse grupo de pacientes é particularmente vulnerável a uma grande quantidade de dificuldades psicológicas, emocionais, cognitivas e que os indivíduos passam a ter que lidar em conjunto com os problemas já próprios da condição renal e suas consequências para a saúde mental. Os resultados obtidos demonstraram a necessidade de criar um programa comportamental efetivo.</p>

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
12	PAULA, T.B.; SOUZA, B.M.; MEDEIRO, N.; EL MALT, S.M.; GUTIERREZ, F.; LOURENÇO, L.D.; ZIHLMANN, K.F.	Potencialidade do lúdico como promoção de bem-estar psicológico com pacientes em hemodiálise	Psicologia, Ciência e Profissão 37 (1)146-158	2017	Brasil	Português	Propor atividades lúdicas e relaxamento durante sessões de hemodiálise e investigar a opinião dos pacientes sobre o trabalho, bem como conhecer vivências e percepções quanto à doença e ao tratamento.	O autor mesmo não caracteriza o tipo de estudo. Estudo descritivo com abordagem qualitativa, utilizando o método de análise de conteúdo do tipo temática. Permite a interpretação de sentidos e significações dos sujeitos quanto aos fenômenos em foco. Foi utilizada uma entrevista semi-dirigida em profundidade com objetivo principal de obter elementos significativos da história da vida do entrevistado	Amostra: 13, com idades entre 20 e 70 anos, de ambos os sexos, com tempo de hemodiálise que variou de um mês a quatro anos. CI: Houve dependência das situações de ordem prática no campo, espaço físico e/ou disponibilidade de pacientes para participar da pesquisa no dia em que faziam as sessões de hemodiálise. Excluídos: sujeitos menores de 18 anos, que apresentassem	Ambulatório de Hemodiálise. Em geral, os ambulatórios de hemodiálise são dentro ou próximos a hospitais.

Cont. Nº 12

								<p>e suas percepções sobre a doença e tratamento. Foram propostas atividades lúdicas e relaxamento. O instrumento utilizado foi uma escala do tipo Likert, que permitiu ao participante a liberdade de expressar de maneira simples e objetiva suas opiniões e reações.</p>	<p>alterações psiquiátricas graves ou restrições perceptivas significativas. Não foi considerada como critério de inclusão a situação clínica dos pacientes, mas sua disponibilidade em participar livremente dos grupos. Foram selecionados por um critério de conveniência, no qual o modo de compor a amostra se dá pela decisão do pesquisador e os sujeitos são incluídos pelo critério da homogeneidade fundamental, ou seja, ao menos uma característica é comum a todos do grupo.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	--

Cont. Nº 12

Cont. Nº 12

<p style="text-align: center;">Intervenção realizada</p> <p style="text-align: center;">Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não</p>	<p style="text-align: center;">Principais resultados e conclusões</p>
<p>Intervenção realizada: Foram divididos grupos de pacientes durante as sessões de hemodiálise, nas quais se realizaram atividades lúdicas, relaxamento e visualização, entrevista em profundidade e aplicação de Escala Likert. As entrevistas foram categorizadas pelo método de análise de conteúdo do tipo temática.</p> <p>Randomização: Não.</p>	<p>Principais resultados e conclusões: Relato dos participantes indicam que houve melhora relativa do humor e que elas contribuíram para melhor enfrentamento da situação de imobilidade e ociosidade durante as sessões de hemodiálise, além de permitirem a expressão de necessidades subjetivas singulares. Foi possível vislumbrar que, nesse contexto, em que se preza a rotina e a eficiência técnica do cuidado, as questões subjetivas acabam secundárias. Sendo assim, constatou-se que a introdução dessa proposta de intervenção lúdica foi um trabalho que mobilizou (objetiva e subjetivamente) todos os envolvidos e parece ter contribuído para promover ações que poderiam vir a trazer impacto no cuidado dos pacientes em hemodiálise, bem como permitiu o início da construção de uma prática de assistência voltada para o protagonismo e autonomia dos sujeitos, na medida em que o indivíduo passa a ser olhado em suas necessidades singulares de forma integral.</p>

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
13	DEVINS, G.M.; MENDEL SSOHN, D.C.; BARRÉ, P.E.; TAUB, K.; BINIK, Y.M.	Predialysis psychoeducational intervention extends survival in CKD: A 20 year follow-up Intervenção psicoeducacional na pré-diálise prolonga a sobrevida na DRC: um acompanhamento de 20 anos	American Journal of Kidney Diseases 46 (6)1088-1098	2005	Canadá	Inglês	Examinar a sobrevida a longo prazo após intervenção psicoeducacional pré-diálise e examinar se a sobrevida diferia por causa do encaminhamento precoce, ou seja, maior que três meses antes da hemodiálise, comparado ao tratamento nefrológico tradicional.	Experimental	Amostra: 335. CI: Pacientes com DRC encaminhados para intervenções psicoeducacionais em pré-diálise em meados de 1980.	Ambulatório de Hemodiálise. Em geral, os ambulatórios de hemodiálise são dentro ou próximos a hospitais.

Cont. Nº 13

<p style="text-align: center;">Intervenção realizada</p> <p style="text-align: center;">Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não</p>	<p style="text-align: center;">Principais resultados e conclusões</p>
<p>Intervenção realizada: Coletamos dados de acompanhamento de pacientes com DRC que participaram de um ensaio clínico randomizado de intervenções psicoeducacionais em pré-diálise em meados dos anos 80. Reunimos dados de sobrevida em 20 anos de registros clínicos e bancos de dados. Os participantes incluíam 335 pacientes com DRC, 172 deles aleatoriamente designados para receber intervenções psicoeducacionais em pré-diálise (63% homens; idade média de 50,8 anos) e 163 encaminhados para cuidados habituais (62,1% homens; idade média de 52,7 anos). Duzentos e quarenta e seis pacientes (66,8%) morreram durante o curso do estudo. A duração média do seguimento foi de 8,5 mais ou menos 7,23 (DP) anos. Ajustando a idade, a saúde geral não renal no início e o tempo entre a identificação e a intervenção psicoeducacional pré-diálise ou os cuidados habituais, as análises indicaram que a sobrevida mediana era 2,25 anos a mais após os pacientes com DRC receberem intervenções psicoeducacionais pré-diálise em comparação com os cuidados usuais. Os receptores de intervenção psicoeducacional na pré-diálise sobreviveram em média 8,0 meses a mais do que os pacientes em tratamento usual após o início da terapia de diálise. Nenhuma vantagem significativa de sobrevida foi evidente no encaminhamento precoce à nefrologia ou na combinação de encaminhamento precoce e intervenções psicoeducacionais na pré-diálise.</p> <p>Randomização: Sim.</p>	<p>Principais resultados e conclusões: A intervenção psicoeducacional na pré-diálise é uma intervenção segura e útil que contribui de forma valiosa para o cuidado pré-dialítico multidisciplinar. Nenhuma vantagem significativa de sobrevida foi evidente no encaminhamento precoce à nefrologia ou na combinação de encaminhamento precoce e intervenções psicoeducacionais na pré-diálise.</p>

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
14	ALMANZA MUÑOZ, J.J.; BLUM GORDILLO, B.; PANIAGUA, G.; Riestra Cano, M., e Altamirano Morales, S.	Psicoterapia de grupo com pacientes renais / Group psychotherapy for renal patients Psicoterapia de grupo com pacientes renais	Revista de La Sanidad Militar Argentina 49(5):127-30	1995	México	Espanhol	A sobrevivência dos pacientes renais crônicos está vinculada à melhora da saúde mental, já que 62% a 70% dos pacientes renais apresentam indicativos de depressão. Tendo em vista tais questões, o presente estudo teve o objetivo de verificar o manejo da psicoterapia de grupo breve interdisciplinar como alternativa de intervenção.	O autor não caracteriza o tipo de estudo. Tem características de um estudo descritivo.	Amostra: 12 pacientes renais sujeitos à hemodiálise e em programa de transplante renal. CI: Os critérios principais contavam com: diagnóstico de doença renal crônica terminal, estar em um programa de hemodiálise e em programa de transplante renal e idades entre 15 e 30 anos. Pacientes que tivessem histórico de doença psiquiátrica/depressão maior ou alguma desordem cognitiva foram descartados.	Hospital Central Militar.

Cont. Nº 14

	<p align="center">Intervenção realizada</p> <p align="center">Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não</p>	<p align="center">Principais resultados e conclusões</p>
	<p>Intervenção realizada: O processo terapêutico conta com direcionamentos interdisciplinares, como: a psicanálise, a teoria dos grupos, a teoria da comunicação e a análise institucional. Foi proposta a realização de sessões abertas interdisciplinares (com a presença de nefrólogos e médicos de transplante) para também favorecer o contato extra grupal, reuniões de caráter social e educativo. Foram realizadas 46 sessões, ao todo com 6 participantes por sessão.</p> <p>Randomização: Não.</p>	<p>Principais resultados e conclusões: Os principais resultados mostram melhoras clínicas, aderência terapêutica, diminuição de conflitos intrafamiliares, além de um aumento significativo das redes de apoio. Conclui-se que a psicoterapia é um caminho indispensável para a recuperação de pacientes renais crônicos e que tal pesquisa mostrou-se como um estímulo para que novas e maiores sejam realizadas futuramente.</p>

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
17	CAMPBELL, D.R. & SINHA, B.K.	Psychoterapy and chronic hemodialysis Psicoterapia e hemodiálise crônica	Journal for the Advancement of Counselling 6(1), 47-60.	1983	Canadá	Inglês	Verificar a eficácia da psicoterapia de grupo em comparação à psicoterapia individual aplicadas a pacientes em hemodiálise.	O autor não caracteriza o tipo de estudo. Possui características de quase experimento.	Amostra: 39, CI: 18 Pacientes encaminhados para psicoterapia, tanto individual como grupal, pelo psiquiatra em um período de seis meses por apresentarem sintomas psiquiátricos. Onze para grupo, sete para individual. Os demais 21 pacientes sem terapia, pois não foram encaminhados para consulta psiquiátrica por seus médicos assistentes devido	Hospital da Universidade de Alberta, no Canadá.

Cont. Nº 17

									a) compromisso com o trabalho, b) aparente estabilidade emocional, e c) falta de necessidade expressa de psicoterapia.		
Intervenção realizada											
Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não							Principais resultados e conclusões				
<p>Intervenção realizada: Grupos psicoterapêuticos inicialmente fora da sessão dialítica, mas logo em seguida durante a sessão com a participação de membros da equipe e do psiquiatra para um grupo de pacientes. Psicoterapia individual para outro grupo de pacientes, uso de testes psicológicos para avaliar sintomas e efetividade das psicoterapias. Grupos a parte com a equipe de saúde da nefrologia.</p> <p>Randomização: Não.</p>							<p>Principais resultados e conclusões: Os achados demonstraram a importância do tratamento psiquiátrico de pacientes em hemodiálise. Os critérios utilizados para a seleção de pacientes para programas de terapia individual ou grupo pareceram eficazes no que diz respeito ao resultado da terapia. Ambas as intervenções beneficiaram os pacientes, mas a de grupo mostrou-se mais efetiva para os critérios escolhidos. Estudo reforça a necessidade de intervenção psicológica a estes pacientes e o exame da psicodinâmica revelada nas sessões indica que além das características comuns já relatadas por outros pesquisadores há muito mais problemas psiquiátricos em pacientes em hemodiálise do que se suspeitava até agora.</p>				

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
18	DE-NOUR, A. K.	Psychoterapy with patients on chronic hemodialysis Psicoterapia com pacientes em hemodiálise crônica	The British Journal of Psychiatry 116 (531), 207-215	1970	Israel	Inglês	O relato tenta descrever as indicações de psicoterapia com pacientes em hemodiálise crônica e as objeções subjetivas e objetivas a tal tratamento. O programa de psicoterapia elaborado após estudo é descrito e dois casos são relatados.	O autor não caracteriza o tipo de estudo. Possui características de relato de experiência.	Amostra: 2. CI: Que foram submetidos a avaliação psiquiátrica e psicológica antes do início de hemodiálise. A psicoterapia foi iniciada depois de chegado a um esboço do tratamento. Foi possível estabelecer um relacionamento com os pacientes.	Hospital, na Unidade de Hemodiálise, consultório psiquiátrico.
Intervenção realizada										
Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não							Principais resultados e conclusões			
Intervenção realizada: Avaliação psiquiátrica e psicológica antes do início da hemodiálise e psicoterapia individual na sala ou no ambiente nos casos que se mostraram possíveis e mais indicados à intervenção a partir dos resultados das avaliações. Randomização: Não.							Principais resultados e conclusões: Os dois pacientes descritos foram selecionados porque foram submetidos à avaliação psiquiátrica e psicológica antes do início da diálise. A psicoterapia foi iniciada depois de um esboço do tratamento, e foi possível estabelecer algum relacionamento com eles. As dificuldades encontradas em psicoterapia com pacientes com vida com limitações também aparecem na psicoterapia com pacientes em hemodiálise. Quando superadas, os resultados da psicoterapia parecem benéficos.			

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
19	VIEIRA, M.C.; FRANÇA, A.K.T. da C.; LIMA, I.N.S.; LAMY, Z.C.; SALGADO FILHO, N.	Reabilitação psicossocial de pacientes com doença renal crônica: utilização da clínica ampliada	Revista Médica de Minas Gerais 19 (4, supl. 2):71-74.	2009	Brasil	Português	Relatar propostas de intervenções multiprofissionais aos pacientes de Nefrologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), com o intuito de aumentar os recursos para o enfrentamento da doença.	O autor não caracteriza o tipo de estudo. Possui características de relato de experiência.	Amostra: 130 pacientes pertenciam e frequentavam a hemodiálise, mas o artigo não diz quantos participaram da intervenção. CI: Não são claros.	Hospital. Em geral, as unidades de hemodiálise são dentro ou próximas a hospitais.
Intervenção realizada							Principais resultados e conclusões			
Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não										
Intervenção realizada: Ações ora da terapia ocupacional, ora em equipe (equipe multiprofissional composta de: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional), visando implementar transformações no cotidiano. Atividades durante a sessão de diálise ou em horários agendados. Intervenções desenvolvidas durante a hemodiálise (HD) têm duração média de 50 minutos e abrangem atividades: lúdicas, expressivas, cognitivas, socioculturais, de lazer, palestras educativas e momentos de espiritualidade. Há, ainda, a possibilidade de atividades agendadas, em horário diferente das sessões de HD.							Principais resultados e conclusões: Os recursos de reabilitação impulsionam o paciente renal crônico a comportamentos mais construtivos frente aos problemas pelos quais passam. 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 (nada diz como isto foi avaliado).			

Cont. Nº 19

	<p>Podem ser oficinas terapêuticas, contemplando temas diversos e atividades sociais (confraternizações, passeios). A oficina terapêutica tem duração de três horas, ocorre com grupo de até 15 pacientes, em dois momentos. Inicialmente, 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.</p> <p>Randomização: Não.</p>	
--	---	--

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
21	CHERER, E. de Q.; QUINTAN A, A.M.; LEITE, C. T.	Repercussões psíquicas do adoecer: um relato de atendimentos na nefrologia	Psicologia: Teoria Prática, 14 (2) 66-73, 2012	2012	Brasil	Português	Relatar a experiência do serviço de psicologia prestado aos pacientes de uma unidade de nefrologia em um hospital público no interior do Rio Grande do Sul.	Relato de experiência	Amostra: 45 pacientes, 6 em processo de internação em diversos setores do hospital, no período de março a dezembro de 2010. CI: Não.	Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).
Intervenção realizada										
Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não							Principais resultados e conclusões			
<p>Intervenção realizada: Psicoterapia de apoio do tipo breve tendo como referência Cordioli (2008), TCC, atendimento beira leito, acolhimento. Entre os diversos dispositivos terapêuticos da psicoterapia de apoio breve, foram essencialmente utilizados elementos psicodinâmicos. Foram empregadas técnicas psicológicas, como a clarificação e a confrontação. A clarificação consiste em uma nova explicação a qual se ligam situações com sintomas, emoções e pensamentos, com o intuito de ampliar o conhecimento acerca das cognições, sentimentos e suas vinculações com os sintomas, condutas e aspectos da vida externa. A confrontação destina-se a mostrar aspectos dissociados do material trazido pelo paciente. O terapeuta aponta para questões que passam despercebidas, ambíguas, ou que são incoerentes, aumentando-se a compreensão sobre os processos mentais (CORDIOLI; WAGNER; CECHIN, 2008).</p> <p>Randomização: Não.</p>							<p>Principais resultados e conclusões: Para o adoecido, a situação demonstrou-se demasiadamente perturbadora. Percebeu-se que a doença renal, ainda que de forma latente, pôde ser vivenciada de modo até mesmo inusitado na inadequação à problemática, por meio da recusa extrema de lidar com suas repercussões e na incessante postura de obter prazer perante os conflitos, sendo isso perceptível pelo caráter de punição, de humor e, ainda, pelos benefícios secundários que a doença pode proporcionar na vida do doente renal. Evidencia-se que o paciente portador da enfermidade renal está sujeito a uma série de conflitos, legitimando, assim, a requisição de recursos terapêuticos que viabilizem o apaziguamento do sofrimento. Entende-se que, por meio de uma escuta e de um espaço terapêutico, os sujeitos têm ganhado em seu bem-estar, assim como a presença da Psicologia tem auxiliado no aperfeiçoamento do atendimento e de uma melhor adaptação do paciente à cronicidade da doença e às suas repercussões.</p>			

Cont. Nº 21

		Cabe destacar que se consideram as limitações do presente trabalho, acredita-se que estudos futuros possam trazer importantes contribuições ao tema, assim como ampliar o entendimento das repercussões psíquicas do adoecer no contexto da insuficiência renal
--	--	---

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
23	HUDSON, J.L.; MOSS-MORRIS, R.; NORTON, S.; PICARIELL O, F.; GAME, D., CARROLL, A.; SPENCER, J.; McCRONE, P.; HOTOPF, M.; YARDLEY, L. e CHILCOT, J.	Tailored online cognitive behavioural therapy with or without therapist support calls to target psychological distress in adults receiving haemodialysis: A feasibility randomised controlled trial	Journal of Psychomatic Research, 102, 61-70	2017	Inglaterra	Inglês	Avaliar a viabilidade e aceitabilidade da terapia cognitivo comportamental online para o tratamento de pacientes em hemodiálise.	Experimental	Amostra: 410. CI: Maiores de 18 anos, em hemodiálise no centro, que sofressem de ansiedade e/ou depressão leve à moderadamente grave (avaliação), falar fluentemente inglês, uso da internet e não poderiam estar em tratamento psiquiátrico há pelo menos 3 meses. Pacientes com ideações suicidas, estados graves de saúde mental não foram incluídos.	Centro de Hemodiálise no Reino Unido. Em geral, as unidades de hemodiálise são dentro ou a próximas a hospitais.

Cont. Nº 23

		Terapia cognitivo comportamental online sob medida com ou sem terapeuta com ligações de suporte para lidar com o sofrimento psicológico em adultos que recebem hemodiális e: um ensaio controlado randomizado de viabilidade.								
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Cont. Nº 23

Cont. Nº 23

<p style="text-align: center;">Intervenção realizada</p> <p style="text-align: center;">Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não</p>	<p style="text-align: center;">Principais resultados e conclusões</p>
<p>Intervenção realizada: Estudo controlado randomizado recrutou pacientes de um centro de hemodiálise britânico entre fevereiro de 2015 e janeiro de 2016. Em primeiro momento, os pacientes em potencial respondiam, em tela online e com a ajuda da equipe de hemodiálise, o instrumento de autorrelato relacionado à saúde mental (linha de base). Após triagens de sofrimento psicológico, os pacientes com sofrimentos psíquicos de leve a moderado (<i>Patient Health Questionnaire /</i>Questionário de Saúde do Paciente PHQ-9; pontuação 5-19 e/ou <i>General Anxiety Disorder/</i>Transtorno de Ansiedade Generalizada; pontuação GAD-7:5-14) que atenderam aos critérios de inclusão restantes foram consultados sobre consentimento. Os pacientes que consentiram foram randomizados (1:1) de maneira simples, segundo o software (<i>Lifeguide</i>). Os pacientes e os terapeutas foram informados de sua alocação via e-mail. O protocolo incluía 7 sessões online, <i>The improving Distress in Dialysis</i> (iDiD), com duração de 60 minutos. Foram disponibilizados iPads nos setores de hemodiálise. A randomização foi para iCBT ou iCBT com o suporte de ligações telefônicas, com 30 minutos de duração, agendadas para as semanas dois, quatro e seis.</p> <p>Randomização: Sim.</p>	<p>Principais resultados e conclusões: 182 (44%) dos 410 pacientes abordaram sofrimento psicológico completo. 26% consideraram a triagem inaceitável; outros 30% consideraram inviável. Angústia psicológica foi detectada em 101 (55%) dos pacientes, 60 destes preencheram os critérios de inclusão restantes. O principal motivo para a inelegibilidade foi o baixo conhecimento em informática. A terapia comportamental cognitiva (TCC) online parece viável, mas apenas para pacientes com conhecimentos de informática que se identificam vivendo sofrimento psíquico. Um estudo definitivo usando os métodos atuais para triagem de sofrimento psíquico e atendimento online é inviável.</p>

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
25	TOULABI, T.; MOHAM MADI-KALAVE H, S.; GHASEM I, F. e ANBARI, K.	The impact of multidisciplinary rehabilitation on the quality of life of hemodialysis patients in Iran O impacto da reabilitação multidisciplinar na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise no Irã	Journal of the Formosan Medical Association 2016, 115 (7) 553-559	2016	Irã	Inglês	Determinar o impacto da reabilitação multidisciplinar na qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise.	Estudo quase experimental	Amostra: 30 . CI: Em hemodiálise pelo menos uma vez por semana, durante 3-4 horas, com histórico de hemodiálise de no mínimo 6 meses, condição física apropriada, sem histórico de perda auditiva ou visual, ou acidente vascular cerebral, ou de doença muscular ou atrofia, capacidade de realizar exercícios e os que desejavam participar de aulas de treinamento foram incluídos no estudo. Foram descartados os com histórico de disfunções cognitivas e em tratamento psicológico/psiquiátricos.	Hospital Hazrat-e-Rasoul, em Javanrood.

Cont. Nº 25

									Terapia cognitivo comportamental online sob medida com ou sem terapeuta com ligações de suporte para lidar com o sofrimento psicológico em adultos que recebem hemodiálise: um ensaio controlado randomizado de viabilidade.	
Intervenção realizada							Principais resultados e conclusões			
Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não										
<p>Intervenção realizada: Durante 8 semanas consecutivas, os pacientes foram submetidos a um programa semanal de fisioterapia por 8 sessões, psicoterapia em grupo semanal por 8 sessões (TCC), terapia nutricional semanal por 8 sessões e um programa semanal de autogestão por 8 sessões. Antes e depois de iniciar o programa de reabilitação, as informações demográficas dos pacientes (incluindo idade, sexo, estado civil, emprego, nível educacional e histórico de diálise) e os questionários <i>Quality of Life Index</i> (QLI-2) foram preenchidos.</p> <p>Randomização: Não.</p>							<p>Principais resultados e conclusões: A classificação qualitativa do QLI-2 mostrou que os escores de todos os pacientes (100% dos casos) antes da intervenção estavam entre 10 e 19 no nível semi desejável; enquanto após a intervenção, a qualidade de vida de 15 pessoas (50%) era desejável, o que demonstrou uma melhora. Programas de reabilitação melhoram a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. Por esse achado, recomenda-se a implementação de programas de reabilitação em centros de hemodiálise com a participação de especialistas de diferentes áreas, incluindo enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos clínicos.</p>			

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
28	KOO, J.R.; YOON, J.Y.; JOO, M.H.; LEE, H.S.; LEE, O.J.; KIM, S.G.; SEO, J.W.; LEE, Y.-K.; KIM, H.J.; NOH, J.; W.; LEE, S.K.; SON, B.K.	Treatment of depression and effect of antidepressant treatment on nutritional status in chronic hemodialysis patients Tratamento da depressão e efeito de tratamento antidepressivo no estado nutricional de pacientes em hemodiálise crônica	The American Journal of the medical sciences, 2005, 329 (1), 1-5	2005	Coréia do Sul	Inglês	Avaliar o efeito do tratamento antidepressivo no estado nutricional em pacientes em hemodiálise crônica deprimidos.	O autor não caracteriza o tipo de estudo. Possui características de um quase experimento.	Amostra: 62 pacientes submetidos à diálise por mais de 6 meses. CI: 62 pacientes que tinham completado o estudo prévio. Destes, 34 pacientes que pontuaram 18 pontos para sintomatologia depressiva na Escala Beck e alcançaram o critério de diagnóstico DSM-IV (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> – 4th edition) para transtorno depressivo maior foram incluídos ao grupo de tratamento.	Hallym University Hospital.

Cont. Nº 28

									Os outros 28 pacientes sem depressão foram atribuídos ao grupo controle.	
	Intervenção realizada						Principais resultados e conclusões			
	Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não									
	<p>Intervenção realizada: Foi oferecido ao grupo de tratamento paroxetina de 10mg, acompanhamento psiquiátrico e acompanhamento psicológico individual (tendo contato com acompanhamentos grupais no decorrer do processo). O estudo foi encerrado após 8 semanas e os pacientes que almejaram continuidade foram atendidos. O grupo controle sem depressão não recebeu nem medicação e nem psicoterapia.</p> <p>Randomização: Não.</p>						<p>Principais resultados e conclusões: A partir do tratamento com antidepressivo e psicoterapia aplicado aos pacientes do grupo, observou-se a diminuição da severidade dos sintomas depressivos e o aumento da taxa catabólica normalizada de proteínas, albumina e níveis de nitrogênio e de ureia no sangue pré-diálise. No grupo controle nenhuma alteração significativa foi observada. Este estudo sugere que medicamentos antidepressivos com psicoterapia de suporte podem tratar completamente a depressão e melhorar o estado nutricional de pacientes em hemodiálise crônica com depressão.</p>			

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
30	CUKOR, D.	Use of CBT to treat depression among patients on hemodialysis Uso de TCC para tratar depressão entre pacientes em hemodiálise	Psychiatric Services, 58 (5), 711-712.	2007	USA	Inglês	Proporcionar reestruturação cognitiva e aquisição de novos comportamentos em pacientes em hemodiálise que apresentam quadros depressivos.	O autor não caracteriza o tipo de estudo. Possui características de relato de experiência.	Amostra: 75 pacientes avaliados. Estudo sem discriminação de qual avaliação, e 50 foram escolhidos e atendidos no tratamento em grupo e individual. CI: Não.	Centro Médico Downstate, Brooklyn, New York. Em geral, as unidades de hemodiálise são dentro ou próximas a hospitais.

Cont. Nº 30

<p style="text-align: center;">Intervenção realizada</p> <p style="text-align: center;">Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não</p>	<p style="text-align: center;">Principais resultados e conclusões</p>
<p>No primeiro ano do programa, a partir de 2005, cerca de 75 pacientes de diálise foram avaliados (sem discriminação da avaliação e do critério da escolha da amostra) e 50 foram engajados em grupos e no atendimento individual. Os tratamentos em grupo foram realizados em uma sala de conferência no centro de diálise e consistiam de 6 a 10 pessoas. As sessões foram agendadas imediatamente antes de um turno, para que os pacientes pudessem vir mais cedo às suas consultas e comparecer ao grupo. A terapia cognitivo comportamental foi a terapia utilizada e a fase inicial do programa contou com a identificação de questões psicológicas únicas para essa população. Dois temas abrangentes surgiram: os pacientes acreditam que a depressão faz parte do "pacote" da doença, e acreditam que a incapacidade os impede de desfrutar da vida. Acreditar que a depressão é um transtorno comórbido necessário é um exemplo de "pensamento disfuncional", e a crença é favorável à técnica de TCC de reestruturação cognitiva. Em um protocolo não padronizado, 16 dos pacientes da <i>End Stage Renal Disease</i> (ESRD), que tiveram depressão grave, foram tratados individualmente com uma intervenção de 15 semanas. A intervenção da TCC se concentrou em pensamentos de encorajamento.</p> <p>Randomização: Não.</p>	<p>Principais resultados e conclusões: Todos os pacientes da amostra apresentaram uma diminuição significativa nos escores de Beck Depression Inventory/Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) na conclusão do tratamento. O escore médio do BDI-II caiu de 28,9 para 18,5 no final do tratamento e para 18,8 em um seguimento de três meses, indicando uma redução significativa e sustentada no afeto depressivo. Psicoterapia de grupo e TCC prometem ser bons tratamentos de escolha para a depressão entre pacientes com doenças renais crônicas.</p>

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
31	SOHN, B.K; OH, Y.K.; CHOI, J-S.; SONG, J.; LIM, A.; LEE, J.P.; AN, J.N.; CHOI, H-J.; HWANG, J.Y.; JUNG, H-Y; LEE, J-Y.; LIM, C.S.	Effectiveness of group cognitive behavioral therapy with mindfulness in end-stage renal disease hemodialysis patients Efetividade de terapia cognitivo comportamental em grupo com <i>mindfulness</i> (atenção plena) em pacientes renais terminais em hemodiálise	Kidney Research and Clinical Practice, 2018; 37 (1): 77-84.	2018	Coréia do Sul	Inglês	Observar a eficácia de um programa de terapia cognitivo comportamental em grupo sobre a depressão e a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise.	O autor não caracteriza o tipo de estudo. Possui característica de um estudo descritivo.	Amostra: 7 participantes, 3 mulheres e 4 homens, pacientes renais crônicos. CI: Idade maior ou igual a 20 anos, em tratamento em hemodiálise por tempo maior ou igual a 3 meses, pontuação na Escala Beck maior ou igual a 15, depressão diagnosticada por um psiquiatra de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.	Clínica dentro Seoul National University Boramae Medical Center.

Cont. Nº 31

	<p style="text-align: center;">Intervenção realizada</p> <p style="text-align: center;">Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não</p>	<p style="text-align: center;">Principais resultados e conclusões</p>
	<p>Intervenção realizada: Os participantes completaram 12 sessões de 1 hora com o mesmo psicólogo uma vez por semana na mesma sala. Todos os participantes foram submetidos à hemodiálise por quatro horas, por três vezes por semana. Foram dois grupos de prática com 2 e 3 pessoas, respectivamente, respeitando o horário dos pacientes em hemodiálise. Foi modificado o programa convencional de TCC em três partes: em fase inicial (sessão 1-3), o programa incluía introdução, motivação e relaxamento muscular. O relaxamento muscular era uma preparação para <i>mindfulness</i> na fase seguinte. Nesta fase, para aumentar a motivação dos participantes, foram fornecidas informações sobre a influência do estresse no corpo. Na segunda parte, fase média, habilidades para o controle de sentimentos negativos e dor. Na fase final, foi incorporado um treinamento de habilidades sociais e comunicação. Os atendimentos semanais com o psicólogo foram realizados no Centro de Hemodiálise.</p> <p>Randomização: Não.</p>	<p>Principais resultados e conclusões: Os sete pacientes apresentaram melhora significativa na qualidade de vida (QV): humor, ansiedade e estresse percebido após 12 semanas de TCC em grupo. <i>World Health Organization Quality of Life - versão abreviada</i> (WHOQOL:-BREF) e as escalas de autoavaliação, BDI-II e <i>Beck Anxiety Inventory</i> (BAI), apresentaram melhora contínua durante o período de 12 semanas. Os escores de <i>Hamilton Rating Scale for Depression</i> (HAM-D) e <i>Perceived Stress Scale</i> (PSS) apresentaram melhora significativa na semana 8. Os níveis de creatinina sérica também melhoraram significativamente após o período de 12 semanas. Neste estudo piloto, um estudo de TCC que inclui meditação <i>mindfulness</i> melhorou a saúde mental geral, níveis de marcadores de saúde e bioquímicos em pacientes com doença renal crônica.</p>

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
33	TUCKMAN, A.J.	Brief Psychotherapy and Hemodialysis Psicoterapia Breve e hemodiálise	Archives of General Psychiatry, 23(1), 65-69.	1970	Estados Unidos	Inglês	Identificar como pacientes em hemodiálise podem se beneficiar ao ter acesso à psicoterapia breve.	O autor não caracteriza o tipo de estudo. Com características de estudo de caso.	Amostra: 1 mulher. CI: Ser paciente da hemodiálise, ter problemas psiquiátricos que estivessem em conflito com as metas da hemodiálise.	Hospital Brookdale.
Intervenção realizada							Principais resultados e conclusões			
Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não										
Intervenção realizada: Paciente teve 9 sessões de psicoterapia breve, para lidar com sintomas pontuais que ocasionaram episódio psicótico após cirurgia. Isso incluiu manejo da raiva que ela sentia perante os funcionários do hospital, dar mais informações à paciente sobre os procedimentos que seriam realizados e também ajudá-la a aceitar a nova dependência à máquina de diálise. Randomização: Não.							Principais resultados e conclusões: Apesar das sessões serem curtas (20 a 40 minutos), a fim de focar nos sintomas mais evidentes, a paciente passou a manejar melhor seus sentimentos de raiva, foi melhor auxiliada em informações sobre os procedimentos da hemodiálise. Apresentou algumas resistências, até em relação ao terapeuta, julgando-se muito dependente, e foi mostrado a ela que tinha dificuldade de aceitar a dependência à máquina de hemodiálise e outras, mas que tudo a beneficiava. O resultado mostrou que psicoterapia breve pode ser muito benéfica a pacientes que estão submetidos a um grande estresse, como ao da hemodiálise (especialmente com episódios psicóticos), e que a terapia breve focaria nos sintomas mais aparentes, ajudando o paciente a manejá-los melhor.			

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica, etc)
34	CHAN, R.; DEAR, B.F, TITOV, N., CHOW, J., SURANYI, M.	Examining internet-delivered cognitive behaviour therapy for patients with chronic kidney disease on haemodialysis: A feasibility open trial	Journal of Psychosomatic Research 89, 78-84.	2016	Austrália	Inglês	Explorar a aceitabilidade e a eficácia preliminar do iCBT para depressão e ansiedade entre pacientes com DRC em hemodiálise.	Estudo clínico de grupo único.	Amostra: 22 pacientes em diálise. CI: Maiores de 18 anos, com mais de 6 meses de hemodiálise, ter um escore no pré-treinamento de ansiedade e depressão (com sintomas leves) n>4 no PHQ9 e ter acesso à internet. Os critérios de exclusão foram: estar atualmente recebendo TCC, estar	Hospital Universitário de Sydney, na Austrália.

Cont. 34

		Examinando a terapia comportamental cognitiva entregue pela internet para pacientes com doença renal crônica em hemodiálise: Um ensaio aberto de viabilidade							experimentando uma doença psicótica não controlada ou sintomas muito graves de depressão (definidos como uma pontuação total N>23 no PHQ-9 ou respondendo >2 à pergunta 9 no PHQ-9) e, se estiver tomando medicamentos antidepressivos, não estando em uma dose estável por pelo menos um mês sem intenção de alterar seu uso.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cont. Nº 34

Cont. 34

<p style="text-align: center;">Intervenção realizada</p> <p style="text-align: center;">Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não</p>	<p style="text-align: center;">Principais resultados e conclusões</p>
<p>Intervenção realizada: Um curso de tratamento de TCC existente e eficaz, o Curso de Bem-Estar, para ansiedade e depressão, foi empregado. O curso ensina cognição padrão, habilidades de comportamento e deter para gerenciar sofrimento psíquico em 5 aulas entregues online ao longo de 8 semanas. Possui resumos de aulas e tarefas de casa para cada lição, histórias detalhadas de casos e lotes de recursos adicionais direcionados à gestão de dificuldades comuns que as pessoas experimentam, como problemas de sono, resolução de problemas e habilidades de comunicação. O curso foi fornecido com breve contato semanal de uma psicóloga clínica sênior na Unidade Renal. O contato foi providenciado via telefone e e-mail, e focado em: [1] reforçando a principal mensagem de cada lição, [2] respondendo perguntas, [3] reforçando progressos e prática de habilidades, [4] resolução de problemas para o uso de habilidades, [5] desafios de recuperação, e [6] obter feedback sobre a percepção e engajamento dos participantes com o curso. O psicólogo-clínico tentou chamar os participantes via telefone cada semana e, se não tivesse sucesso, enviava um e-mail aos participantes. Nenhum tipo de terapia foi realizado via contato telefônico ou e-mail. Foi realizado um pré e um pós teste após o treinamento.</p> <p>Randomização: Não.</p>	<p>Principais resultados e conclusões: Os resultados fornecem apoio encorajador para o potencial do iCBT como uma forma inovadora e facilitadora do acesso a um tratamento psicológico eficaz para pacientes com DRC. Esses resultados fornecem suporte muito necessário para mais pesquisas nessa área.</p>

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
35	HERNANDEZ, R.; BURROWS, B.; WILUND, K., COHN, M.; XU, S. e MOSKOWITZ, J.T.	Feasibility of an Internet-based positive psychological intervention for hemodialysis patients with symptoms of depression Viabilidade de uma intervenção psicológica positiva pela internet para pacientes de hemodiálise com sintomas de depressão	Social Work Health Care. 2018 Nov-Dec; 57(10): 864-879.	2018	USA	Inglês	Determinar a viabilidade e aceitabilidade da psicologia positiva baseado na internet para pacientes com doença renal e sintomatologia depressiva.	Estudo clínico grupo único.	Amostra: 14 pacientes portadores de DRC. CI: Pacientes acima dos 18 anos, portadores de doença renal crônica há mais de 3 meses, com elevados sintomas de depressão, definidos usando a Escala <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> (score maior ou igual a 10), fluentes em inglês e que não tenham graves comorbidades que possam afetar a participação (cegueira por exemplo).	Clínica em Champaign, Illinois. Em geral, as unidades de hemodiálise são dentro ou próximas a hospitais.

Cont. Nº 35

	<p align="center">Intervenção realizada</p> <p align="center">Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não</p>	<p align="center">Principais resultados e conclusões</p>
	<p>Intervenção realizada: Intervenção psicológica positiva (PPI) de 5 semanas adaptada de uma intervenção terapêutica online validada para reduzir sintomas depressivos em pacientes com diabetes tipo 2 <i>Developing Affective Health to Improvi Adherence</i> (DAHLIA). Foi utilizada aos 14 sujeitos portadores de doença renal crônica. As intervenções foram realizadas pela internet, sendo administradas visando ao aumento de experiências emocionais positivas através de construções como: otimismo, gratidão, atenção plena e resiliência. O currículo de PPI (psicologia positiva baseada na internet) é baseado em eventos positivos diários, meditação, práticas informais de atenção plena, reavaliação do estresse etc. Os pacientes realizavam a conexão online no momento do tratamento de hemodiálise, na clínica, 3x por semana, de 20 a 30 minutos. Caso houvesse dúvidas ou questionamentos, haveria pessoas no local para direcioná-los.</p> <p>Randomização: Não.</p>	<p>Principais resultados e conclusões: 12 de 14 pacientes completaram o programa para uma retenção de 85,7%. Os participantes se sentiram satisfeitos com cada sessão e ofereceram feedback consistentemente positivo. Em média, os participantes visitaram o site 3,5 vezes por semana. Melhorias significativas foram evidentes para sintomas depressivos, de acordo com o <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i>. A intervenção online realizou-se de forma útil e viável para pacientes com doença renal e sintomas depressivos.</p>

Nº	Autor(es)	Título	Revista	Ano	País do estudo	Língua	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Amostra (número de participantes) Critérios de inclusão (CI)? Sim ou Não	Local (hospital, clínica etc.)
37	HOSSEINI, S.H.; ESPAHBODI, F.; GOUDARZI, S.M.M.M.	Citalopram Versus Psychological Training for Depression and Anxiety Symptoms in Hemodialysis Patient Citalopram versus treinamento psicológico para depressão e sintomas ansiosos em pacientes em hemodialis e	Iranian Journal of Kidney Diseases, 6, 446-451	2012	Iran	Inglês	Comparar a eficácia do treinamento psicológico e do remédio antidepressivo citalopram, no tratamento de depressão e ansiedade de pacientes que se encontram em tratamento de hemodiálise.	Experimental	Amostra: 44 distribuídos randomicamente e igualmente, em 2 grupos: um composto por participantes que receberiam treinamento psicológico; o outro, citalopram durante 3 meses. CI: Incluídos se pontuassem 8 ou acima de 8 na escala de ansiedade e depressão <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS).	<i>Hemodialysis Center of Imam Khomeini Hospital.</i> Em geral, as unidades de hemodiálise são dentro ou próximas a hospitais.

Cont. Nº 37

									<p>Eram excluídos se apresentassem quadros e/ou tratamentos psiquiátricos anteriores, se tivessem sofrido de algum acontecimento estressor nos últimos 6 meses, se viessem a sofrer no decorrer da pesquisa, se mudassem o horário da hemodiálise, se viessem a realizar qualquer outro tipo de terapia para os mesmos fins e se não realizassem todas as sessões estipuladas pela pesquisa. Houve exclusão/desistência de alguns, finalizando com 21 no grupo de treinamento psicológico e 19 no do antidepressivo citalopram.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

Continua Nº 37

Cont. Nº 37

	<p style="text-align: center;">Intervenção realizada</p> <p style="text-align: center;">Houve randomização com critérios bem descritos (somente estudos experimentais)? Sim ou Não</p>	<p style="text-align: center;">Principais resultados e conclusões</p>
	<p>Intervenção realizada: Os participantes foram distribuídos randomicamente em dois grupos comparáveis em termos de idade, gênero, nível de educação, status civil, duração e frequência da hemodiálise, índices laboratoriais e empregabilidade. No grupo de treinamento em psicoterapia foram realizadas 6 sessões de 1 hora cada (psiquiatra sênior e nefrologista). O grupo vinculado à administração de citalopram 20mg tomou o remédio por 3 meses, sem outras terapêuticas vinculadas.</p> <p>Randomização: Sim.</p>	<p>Principais resultados e conclusões: Os resultados demonstraram não haver diferença significativa entre os escores dos dois grupos em questão. Em contrapartida, dentro de cada grupo, observou-se uma mudança significativa nos escores após a intervenção (administração da droga e o treinamento terapêutico). Conclui-se que o tratamento terapêutico possui relevância similar ao medicamentoso. Os pesquisadores sugerem que novos estudos sejam realizados com uma maior amostragem e com a adição de novas variáveis.</p>