

**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
**PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE**

---

**LENY GONÇALVES FERREIRA**

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA,  
PSICOSSOCIAL E ESPIRITUAL DE PACIENTES RENAIAS  
CRÔNICOS.**

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP**

**2017**

**LENY GONÇALVES FERREIRA**

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA,  
PSICOSSOCIAL E ESPIRITUAL DE PACIENTES RENAIAS  
CRÔNICOS.**

Dissertação de Mestrado apresentada  
ao Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia e Saúde da Faculdade de  
Medicina de São José do Rio Preto –  
FAMERP, como parte dos requisitos  
para obtenção do Título de Mestre.

**Orientador: Prof. Dr. Nelson Iguimar Valério**

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP**

**2017**

Ferreira, Leny Gonçalves

**Caracterização sociodemográfica, clínica, psicossocial e espiritual de pacientes renais crônicos.** / Leny Gonçalves Ferreira -- São José do Rio Preto, 2017.  
xvii, 78f.

Tese de Mestrado - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde.

Sociodemographic, clinical, psychosocial and spiritual characterization of chronic renal patients.

1. Doença Renal Crônica; 2. Insuficiência Renal; 3. Transtornos Psicossociais; 4. Enfrentamento; 5. Espiritualidade/religiosidade.

**LENY GONÇALVES FERREIRA**

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA,  
PSICOSSOCIAL E ESPIRITUAL  
DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS.**

**BANCA EXAMINADORA**

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE**

---

**Presidente e Orientador:** Prof. Dr. Nelson Iguimar Valério

**Instituição:** Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto

---

**1ª Examinadora:** Profa. Dra. Ida Maria Maximina Fernandes-Charpiot

**Instituição:** Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

---

**2ª Examinadora:** Profa. Dra. Leda Maria Branco

**Instituição:** Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto

São José do Rio Preto, 31de Agosto de 2017.

## SUMÁRIO

- Dedicatória .....	iv
- Agradecimento .....	v
- Epígrafe .....	vii
- Lista de Figuras .....	viii
- Lista de Tabelas .....	ix
- Lista de Anexos .....	x
- Lista de Apêndices .....	xi
- Lista de Siglas e Abreviaturas .....	xii
- Resumo .....	xiv
- Abstract .....	xvi
- Introdução .....	1
- Objetivos .....	19
- Método .....	20
- Participantes .....	20
- Materiais .....	20
- Procedimentos .....	23
- Análise de dados .....	24
- Aspectos éticos .....	24
- Resultado e Discussão .....	25
- Conclusão .....	46
- Referencias .....	49
- Anexos .....	67
- Apêndices .....	75

## DEDICATÓRIA

Aos pacientes portadores de doença renal, personagens principais, que me permitem conviver, partilhar momentos bons e nem tão bons, que me fazem sentir que ser psicóloga da saúde vale à pena... Que me ensinam tanto e derrubam paradigmas... Por eles e para eles, este estudo está proposto...

Meu carinho, respeito e gratidão!

*“Sorrir, mesmo que tenha vontade de chorar. Este é o mais difícil de todos os itens da lista, mas nos acostumamos. Dizem os budistas que um sorriso pregado no rosto, acaba iluminando a alma.”*

Paulo Coelho

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por possibilitar essa passagem, amparar e dar força interior para superar as dificuldades, mostrar o caminho nas horas incertas e me suprir numa instância além do aqui-agora...

À minha família:

- meu pai, Carlos Antonio (in memorian), ainda que num breve tempo, simples e generoso, ensinou-me o valor de manter 'sua palavra' como bem maior...
- minha mãe, Nina (in memorian), elegante, forte, capaz de fazer guloseimas as quais sinto o sabor até hoje...
- meus irmãos, Lucia, Lucy, Paulo, Rui e Ligia, com muita garra, me educaram e como modelos de dignidade, me ensinaram a não desistir de lutar...
- meus filhos guerreiros, **Mateus** e **Marcos**, alegrias e razão do meu viver, que despertaram em mim o sentimento genuíno do amor incondicional... Peço perdão por tanta ausência! Sem a força, apoio e incentivo de vocês, eu não nada conseguiria...

Ao Prof. Dr. Nelson Iguimar Valério, por seu tempo, ensinamentos e dedicação. Tenha certeza que jamais esquecerei a iniciativa de disponibilizar sua orientação. Você é uma pessoa ímpar, exemplo de conduta ética, justa; com um jeito especial de ensinar, ler e reler busca de melhorar sempre... Obrigada por tanto cuidado e rigor científico!

Às Profas. Dras. Cristina e Neide, responsáveis iniciais e permanentes desse desafio, sempre disponíveis e dispostas a colaborar, ensinar, fortalecer... Vocês foram e são referências profissionais e pessoais para meu crescimento. Obrigada por estar ao meu lado, acreditarem e terem tanta paciência comigo!

A todos os professores e colegas do Programa de Mestrado em Psicologia e Saúde, pelo convívio e aprendizado; em especial, Guilherme, Fausto, Fulvio e Naiara, por tantos bons momentos.

Às secretárias, Camila, Esmeralda e Nilmara, por sua competência, disponibilidade, gentileza, doçura, paciência... Vocês são incríveis! Obrigada, sempre!

A todos os parceiros do Serviço de Psicologia, em especial, Carmen, Carla, Jaque, Leda e Paula... Ana Rita e Cláudia que me acolheram e, também, muito me ensinaram. A todos os aprimorandos, residentes e estagiários deste serviço, por trazerem ‘vida nova’ à nossa equipe... Todos sem exceção foram e são importantes para mim! Obrigada pela paciência...

A todos os colaboradores da FUNFARME e da FAMERP, em especial à equipe da Nefrologia: aos enfermeiros, técnicos, secretárias Adriana e Silvia, ao parceiro Ederson, à parceira, amiga e filha ‘emprestada’ Carol e a toda equipe de médicos e residentes (em especial à Dra. Débora, Dra. Ida, Dra. Neide e Dr. Picollo) pela paciência e tantos ensinamentos.

Aos Amigos:

- Carlos, amigo de fé – irmão camarada, um dos anjos desta jornada, nem pretendo retribuir ajuda e apoio em tantos momentos difíceis; pretendo apenas continuar sendo merecedora de sua amizade...

- Edson e Le, ah!... Vocês trouxeram mais cor, música, alegria à minha vida. Meus amigos e afilhados, obrigada por me deixar fazer parte da família... Brindemos a isso!



*“Quem tem um amigo, mesmo que um só, não importa onde se encontre, jamais sofrerá de solidão; poderá morrer de saudades, mas não estará só.”*

Amir Klink



## EPÍGRAFE

*Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares.*

*É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.*

Fernando Pessoa

*Compreendi que viver é ser livre... Que ter amigos é necessário... Que lutar é manter-se vivo... Que pra ser feliz basta querer...*

*Aprendi que o tempo cura... Que mágoa passa... Que decepção não mata... Que hoje é reflexo de ontem...*

*Compreendi que podemos chorar sem derramar lágrimas... Que um verdadeiro amigo permanece... Que dor fortalece... Que vencer engrandece...*

*Aprendi que sonhar não é fantasiar... Que pra sorrir tem que fazer alguém sorrir... Que a beleza não está no que vemos, e sim no que sentimos... Que o valor está na força da conquista...*

*Compreendi que as palavras têm força... Que fazer é melhor que falar... Que o olhar não mente... Que viver é aprender com os erros...*

*Aprendi que tudo depende da vontade... Que o melhor é sermos nós mesmos... Que o segredo da vida é viver!*

*E umas das coisas que aprendi é que se deve viver apesar de.*

*apesar de, se deve comer...*

*apesar de, se deve amar...*

*apesar de, se deve morrer...*

*Inclusive muitas vezes é o próprio apesar de que nos empurra para frente. Foi o apesar de que me deu uma angústia que insatisfeita fui criadora de minha própria vida.*

Clarice Lispector

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Classificação da doença renal crônica de acordo com a filtração Glomerular .....	3
<b>Figura 2:</b> Valores médios obtidos para cada domínio relacionado ao questionário de qualidade de vida – WHOQOL-Bref, para o total da amostra e modalidades de tratamento .....	35
<b>Figura 3:</b> Comparação dos fatores de estratégias de enfrentamento do presente estudo com médias do EMEP .....	39

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Dados Sociodemográficos: características pessoais dos participantes .....	26
<b>Tabela 2</b> – Dados Sociodemográficos: condições de moradia, atividades e hábitos de vida .....	29
<b>Tabela 3</b> – Dados Sociodemográficos: características clínicas dos participantes .....	31
<b>Tabela 4</b> – Sintomas de ansiedade e depressão (HAD) .....	33
<b>Tabela 5</b> – Resultados de qualidade de vida (WHOQOL-Bref) por média, desvio padrão e coeficiente de variação, considerando o total de amostra e as modalidades de tratamento .....	36
<b>Tabela 6</b> – Resultados de enfrentamentos de problemas (EMEP) por média, mediana e desvio padrão, considerando o total da amostra e as modalidades de tratamento .....	39
<b>Tabela 7</b> – Resultados de questões ligadas à espiritualidade, religião e/ou crenças pessoais (WHOQOL-SRPB) por média, desvio padrão e coeficiente de variação, considerando as modalidades de tratamento .....	42

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo 1:</b> Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD .....	68
<b>Anexo 2:</b> WHOQOL-Bref .....	69
<b>Anexo 3:</b> Escala Modos de Enfrentamento de Problema – EMEP .....	71
<b>Anexo 4:</b> WHOQOL-SRPB – espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais .....	72
<b>Anexo 5:</b> Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa .....	74

## LISTA DE APÊNDICES

<b>Apêndice 1:</b> Ficha de Identificação .....	76
<b>Apêndice 2:</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE .....	77

## LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- DC ..... Doenças Crônicas
- DM ..... Diabetes Mellitus
- DP ..... Diálise Peritoneal
- DRC ..... Doença Renal Crônica
- DRP ..... Doença Renal Policística
- FAMERP ..... Faculdade de Medicina de S J do Rio Preto
- GESF ..... Glomeruloesclerose segmentar e focal
- GNC ..... Glomerulonefrite crônica
- HAS ..... Hipertensão Arterial Sistêmica
- HD ..... Hemodiálise
- HTPS ..... Hiperpartireoidismo secundário
- IBGE ..... Instituto Brasileira de Geografia e Estatística
- INSS ..... Instituto Nacional de Previdência Social
- IRC ..... Insuficiência Renal Crônica
- KDIGO ..... *Kidney Disease: Improving Global Outcomes*
- KDOQI ..... *Kidney Disease Outcome Quality Initiative*
- LES ..... Lúpus Eritematoso Sistêmico
- QV ..... Qualidade de Vida
- SBN ..... Sociedade Brasileira de Nefrologia
- SUS ..... Sistema Único de Saúde
- TCLE ..... Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TFG ..... Taxa de Filtração Glomerular
- TR ..... Transplante Renal
- TRS ..... Terapia Renal Substitutiva

- USRDS ..... *United States Renal Data System*
- WHOQOL ..... *World Health Organization Quality of Life*

Ferreira, L. G. (2017). *Caracterização sociodemográfica, clínica, psicossocial e espiritual de pacientes renais crônicos*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. São José do Rio Preto, SP.

## RESUMO

Pesquisas na área têm demonstrado que a Doença Renal Crônica (DRC) e seus respectivos tratamentos apresentam impactos significativos para os pacientes, familiares e para todo o sistema de saúde. Conhecer de forma mais efetiva esta população atendida pode favorecer programas específicos de intervenção. **Objetivos:** Identificar e caracterizar o perfil biopsicossocial e espiritual incluindo os dados sociodemográficos e clínicos, sintomas de ansiedade e depressão, qualidade de vida, estratégias de enfrentamento e questões ligadas à espiritualidade, religião e/ou crenças pessoais. **Materiais e Método:** Pesquisa descritiva e exploratória com pacientes, de ambos os sexos, acima de 18 anos, com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica – IRC, em terapia renal substitutiva (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal); atendidos em um hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo. Após concordarem com o estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, os participantes responderam em forma de entrevista individual a uma Ficha de Identificação, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HAD, WHOQOL-bref - qualidade de vida, Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas - EMEP e WHOQOL - espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais - SRPB. Os dados foram analisados e agrupados por frequência e porcentagem de respostas e discutidos a partir da literatura pertinente à área. **Resultados:** Participaram 174 pacientes, faixa etária predominante entre 41 a 70 anos (70,69%), 53,45% do sexo masculino, 47,70% com



ensino fundamental incompleto. Como doença de base, Hipertensão Arterial Sistêmica (36,21%) e Diabetes Mellitus (25,29%), entre outras; comorbidades principais Hipertensão Arterial Sistêmica (47,70%) e Diabetes Mellitus (29,31%). Apresentaram sintomas clínicos de ansiedade 70,11%, e 75,29% de depressão. Para a qualidade de vida, resultados foram ligeiramente acima da média, considerando-se a escala analógica do instrumento. Referente às estratégias de enfrentamento, as maiores médias estiveram para Foco na Emoção, seguidas por Foco no Problema e Suporte Social. Com relação às questões ligadas à espiritualidade, religião e/ou crenças pessoais, a faceta melhor pontuada foi 'Fé', seguida por 'Sentido na 'Vida'. **Conclusões:** Dados sociodemográficos, qualidade de vida, estratégias de enfrentamento, e religiosidade / espiritualidade estão compatíveis com apontamentos da literatura. Entretanto, sintomas clínicos de ansiedade e de depressão foram significativamente maiores que os encontrados na população geral e para pacientes renais crônicos. Tais achados indicam necessidade de programas específicos de intervenção para a amostra avaliada, bem como, mais pesquisas na área.

**Palavras Chaves:** Doença Renal Crônica; Insuficiência Renal; Transtornos Psicossociais; Enfrentamento; Espiritualidade/Religiosidade.

*Sociodemographic, clinical, psychosocial and spiritual characterization of patients with chronic renal failure.*

**ABSTRACT**

Chronic Kidney Disease (CKD) as well as its related treatments present significant impacts to the patients, family, and the entire health system as research has been showing. More specific intervention programs can be provided from a more effective knowledge of this assisted population. **Objectives:** To identify and characterize the biopsychosocial and spiritual profile including sociodemographic and clinical data, anxiety and depression symptoms, quality of life, coping strategies and issues related to spirituality, religion and / or personal beliefs. **Materials and Methods:** Descriptive exploratory study with patients of both genders, aged over 18, with chronic renal failure – CRF, undergoing renal replacement therapy (hemodialysis, peritoneal dialysis and renal transplantation); attended at a school hospital in the interior of the State of São Paulo. After the patients' agreement and their signing to the Informed Consent Term (ICT), they answered an individual interview with an Identification Card, Hospital Scale of Anxiety and Depression - HAD, WHOQOL-bref - quality of life, Scale of Modes of Coping Problems - EMEP and WHOQOL - spirituality, religiosity and personal beliefs - SRPB. Data were analyzed and grouped by frequency and percentage of answers, and discussed from the literature related to the area. **Results:** A total of 174 patients, predominantly between 41 and 70 years old (70.69%), 53.45% male, and 47.70% with incomplete primary education participated; as baseline disease, Systemic Arterial Hypertension (36.21%) and Diabetes Mellitus (25.29%) were found among others; major comorbidities Systemic Arterial Hypertension (47.70%) and Diabetes Mellitus

(29.31%). Clinical symptoms of anxiety were presented in 70.11%, and 75.29% had depression. According to the quality of life, results were slightly above average, considering the analogue scale of the instrument. Regarding coping strategies, the highest averages were for Focus on Emotion, followed by Focus on the Problem and Social Support. Regarding issues related to spirituality, religion and / or personal beliefs, the best-rated facet was 'Faith', followed by 'Sense in the Life". **Conclusions:** Sociodemographic data, quality of life, coping strategies, and religiosity / spirituality are according to the literature reports. However, clinical symptoms of anxiety and depression were significantly higher than those found in the general population and for chronic kidney patients. These findings have pointed out the need for specific intervention programs toward this sample evaluated, as well as further research in the area.

**Key Words:** Chronic Renal Disease; Renal Failure; Psychosocial Disorders; Coping; Spirituality / Religiosity.

## INTRODUÇÃO

### . Doenças Crônicas - DC

Doenças crônicas são consideradas aquelas com início gradual, duração longa, incerta, que em geral apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva propostas de mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (Ministério da Saúde, 2014).

Produzem alterações psicológicas irreversíveis em longa busca de reabilitação, observação, controle e cuidados, causando comumente, desarmonia e conflitos na vida dos enfermos. Diversas características psicológicas mostram-se comuns entre os doentes crônicos, pois sua condição permanente acometerá a saúde de forma integral, trazendo consequências em seu modo de vida (Santos, 2010; Lopes, Fukushima, Inouye, Pavarini & Orlandi, 2014; Moreira, Gomes & Sá, 2014).

Considerando o envelhecimento populacional um fenômeno mundial, o aumento da expectativa de vida, avanço de pesquisas dedicadas à saúde-doença, desenvolvimento de equipamentos sofisticados, ampliação de conhecimento e controle das doenças crônicas, o número daqueles que vivem com esse diagnóstico têm-se elevado consideravelmente e, com isso, a enfermidade crônica vêm ganhando atenção por parte das equipes e das instituições de saúde. Dentre estas, inclui a Doença Renal Crônica (DRC) (OMS, 2005; Ministério da Saúde, 2013; Ministério da Saúde, 2014; Rudnick, 2014).

. **Doença Renal Crônica (DRC)** é definida classicamente como anormalidades da estrutura ou função dos rins, lesão renal ou nível reduzido de função renal, com ou sem alteração da filtração glomerular, presentes por mais de três meses com implicações para a saúde (KDIGO, 2013; Ribeiro, Alencar, Feitosa & Mesquita, 2013).

Sob o patrocínio da National Kidney Foundation, a Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI), publicou em 2002, diretriz propondo nova estrutura conceitual para o diagnóstico de DRC, aceita mundialmente. A definição é baseada em três componentes: (1) anatômico ou estrutural (marcadores de dano renal); (2) funcional (baseado na Taxa de Filtração Glomerular (TFG)) e; (3) temporal. Com base nessa definição, seria portador de DRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresentasse  $TFG < 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$  ou a  $TFG > 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$  associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (p. ex.: proteinúria) presente há pelo menos três meses (Bastos & Kirsztajn, 2011; KDIGO, 2012).

#### **- Incidência e prevalência da DRC**

Diagnosticada de forma crescente em todos os países, nos últimos vinte anos, a DRC vem sendo considerada de forma epidêmica, justificando medidas preventivas de saúde pública para seu controle. Conforme registros em “2010 Global Burden of Disease Study”, a DRC se situava na 27ª posição no índice de mortalidade global em 1990, passando à 18ª em 2010, com mortalidade anual de 16,3 mortes por 100.000 habitantes. Uma revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais que estimam a prevalência de DRC em populações em geral foram realizadas através de buscas bibliográficas em oito bases de dados. Dos 5842 artigos potenciais, foram incluídos 100 estudos de diversidade, compreendendo 6.908.440 pacientes: a DRC tem alta prevalência global com estimativa entre 11 a 13%. A prevalência estimada de indivíduos com diferentes graus de disfunção renal (estágios de 1 a 5) em muitos países varia de oito a 16%, o que representa um significativo contingente de pessoas que potencialmente necessitarão de terapia renal substitutiva (TRS), se evoluírem para fases finais de sua DRC. Atingem 10% da população do mundo e afeta pessoas de todas as idades e raças (Global Kidney Disease, 2015; Hill et al., 2016).

No Brasil, de acordo com o Censo de 2016, da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), o total estimado de pacientes em tratamento dialítico: 2016 = 122.825, e ainda a estimativa em fila de espera para transplantes: 2016 = 29.268 (SBN, 2017).

A estimativa é que a enfermidade afete um em cada cinco homens e uma em cada quatro mulheres com idades entre 65 e 74 anos, sendo que metade da população com 75 anos ou mais, sofre algum grau da doença. A DRC vem se tornando uma epidemia com evolução constante, custo elevado e espera-se, ainda, o aumento destes números na próxima década (Lozano, et al., 2013; Vivekanand, et al., 2013; Brito & Salgado Filho, 2014; Kirsztajn, et al., 2014; Liyanage, et al., 2015; Portal Brasil, 2015; Temimovic, Rasic & Muslimovic, 2015; The Lancet, 2016).

#### - Estágios, causas e sintomas da DRC

Pode ser dividida em seis estágios de acordo com o grau de função renal do paciente, compreendem desde a fase zero onde estão incluídos os indivíduos que não apresentam lesão renal e mantêm sua função normal, porém se encaixam dentro do grupo de risco, até a fase cinco que inclui o indivíduo com lesão e insuficiência renal terminal ou dialítica (Quadro 1).

Figura 1: Classificação da doença renal crônica de acordo com a filtração glomerular.

Estágios da DRC (lesão renal presente)	Taxa de Filtração Glomerular- TFG (ml/min.)	Descrição / Condição
1	≥ 90	Alteração urinária assintomática
2	60 - 89	IRC ligeira
3 <sup>a</sup>	45 - 59	IRC discreta / moderada
3b	30 - 44	IRC moderada / severa
4	15 - 29	IRC grave
5	< 15	IRC terminal (diálise / transplante)

(Fonte: KDIGO, 2013).

São muitas as doenças que acometem os rins, podendo levar à doença renal crônica e prejuízo da função renal. Dados do censo de diálise, elaborado pela SBN em 2016 (SBN, 2017) apontam a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes mellitus (DM) como as principais doenças que levam o paciente à insuficiência renal crônica terminal com necessidade de diálise no Brasil, dados em acordo com as estatísticas de outros países. Além dessas, muitas são as causas da perda da função renal: rins policísticos, nefropatias, litíase e doenças obstrutivas do sistema urinário, mieloma múltiplo, amiloidose, cistinúria, esclerodermia renal, aterosclerose das artérias renais, tumores renais, entre outras (USRDS, 2012; SBN, 2014; SBN, 2017).

A DRC é frequentemente silenciosa, apresenta riscos elevados e um amplo espectro de complicações cardiovasculares e metabólicas. Com o seu desenvolvimento podem aparecer diferentes sintomas como: perda de interesse em atividades, dificuldade de atenção e de relaxamento, perda ou diminuição da energia vital, falta de ar, hemorragia digestiva, hálito urêmico, enjôos, vômitos, anemia, edema dos membros, alterações no paladar, e hipertensão arterial de difícil controle (Siviero, Machado & Rodrigues, 2013; Draibe, 2014; Kirsztajn & Valente, 2014).

#### **- Terapia Renal Substitutiva (TRS)**

No ano de 2010, cerca de 618 milhões de pessoas, em todo o mundo, receberam TRS. Estima-se que 902 milhões necessitam de alguma dessas modalidades, e pelo menos 284 milhões podem ter morrido prematuramente devido à impossibilidade de acesso ao tratamento. Notam-se as maiores diferenças de atendimento em países de baixa renda, particularmente na Ásia (907 milhões que necessitam, mas não recebem tratamento específico) e na África (432 000). O uso mundial de TRS está projetado para mais do dobro de pessoas em 2030, com o maior crescimento na Ásia (Liyanage et al., 2015).

Considerando uma comparação dessa faixa de prevalência para o Brasil, com cerca de 200 milhões de habitantes e 70% de população adulta, ter-se-ia de 11 a 22 milhões de habitantes adultos com algum grau de disfunção renal; número impossível de ser tratado por especialistas, denotando a real necessidade de programas epidemiológicos específicos e informação ao médico generalista sobre os tratamentos preventivos de progressão da DRC (IBGE, 2014).

Segundo dados da SBN, no Brasil ocorreram aumento no número de usuários em tratamento dialítico; no ano de 2000 havia 42.695 pacientes em diálise e em 2016, 122.825. Dados da mesma fonte mostram que a maioria (83%) é usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) (SBN, 2017). Levantamentos epidemiológicos estimam que essa dependência cresça 9% ao ano devido ao desconhecimento do diagnóstico na fase inicial da doença (Jablonski & Chonchol, 2014; Coitinho et al., 2015; Teixeira, Lopes, Silva & Santos, 2015).

Na fase inicial, as principais medidas terapêuticas que devem ser tomadas são o controle da hipertensão intraglomerular e a ingestão restrita de proteínas. Com o avanço da doença, o tratamento é feito com medicamentos, que variam de acordo com as complicações e comorbidades apresentadas pelo paciente. Segundo Bastos e Kirsztajn (2011), a intervenção ideal da DRC é baseada em três pilares: diagnóstico precoce da doença; encaminhamento imediato ao serviço de nefrologia e implementação de medidas para preservar a função renal.

O tratamento da DRC pode ser dividido em duas fases (*conservador e substitutivo*). Considera-se ‘conservador’ ou Tratamento Renal Conservador (TRC), o período em que o paciente faz uso de medicamentos como forma de reduzir os efeitos da doença; não leva à cura total, mas ameniza o processo de avanço da mesma. Quando o paciente atinge, aproximadamente 15% da função renal original de uma pessoa



saudável, de forma geral, entrarão na fase ‘substitutiva’, também chamada de Terapia Renal Substitutiva (TRS). As atuais modalidades de TRS disponíveis são: diálise peritoneal (DP); hemodiálise (HD) e; transplante renal (TR) - doador vivo ou falecido.

Apesar de existirem diferentes tipos de diálise, todos os métodos são importantes e precisam de um acompanhamento médico rigoroso. Entretanto, de acordo com as condições de cada paciente, a preferência por um ou outro método será decidida pelo médico em conjunto com o paciente e sua família, conforme o quadro clínico e o estilo de vida (Maragno et al., 2012; Siviero, Machado & Rodrigues, 2013; Machado & Pinhati, 2014).

Diálise peritoneal (DP) é uma opção de tratamento no qual o sangue que circula nos vasos do peritônio, que fica em contato com um líquido de diálise, é colocado na cavidade abdominal por meio de um cateter. Isso permite que as substâncias que estão acumuladas, como ureia, creatinina e potássio, sejam removidas, bem como o excesso de líquido que não está sendo eliminado pelo rim. Neste procedimento, o paciente possui autonomia, pois ele mesmo ou algum membro da família e/ou cuidador treinado pode realizar a troca do líquido, porém requer cuidado redobrado, já que há riscos de infecções.

Antes de ingressar na DP o paciente, familiares e/ou outras pessoas indicadas passam por um período de treinamento, sob a responsabilidade do enfermeiro da Unidade de Diálise. Este enfermeiro especialista capacita-os para utilizar a técnica correta de conexão e desconexão do equipamento ao paciente, manipulação do sistema, manuseio e cuidados com o cateter e identificação de eventuais complicações associadas a essa terapia.

Hemodiálise (HD) é um tratamento para os que sofrem de insuficiência renal aguda ou crônica, em que o sangue é filtrado por uma máquina, e as substâncias

acumuladas são removidas, assim permitindo que o paciente continue vivendo. A HD é realizada em hospitais ou clínicas especializadas, com frequência de no mínimo três vezes por semana, e cada sessão tem duração de três a quatro horas (SBN, n.d.; Franco & Fernandes, 2013).

Transplante renal (TR): consiste em procedimento cirúrgico, no qual um órgão saudável de pessoa viva ou falecida é doado a um paciente portador de insuficiência renal crônica avançada. Seus próprios rins permanecem onde estão, a menos que estejam causando infecção ou hipertensão.

Com a realização do transplante, o paciente tem que fazer uso de medicações que inibam a reação do corpo contra os organismos estranhos, que, nesse caso, é o rim transplantado, evitando-se, assim, a rejeição do novo órgão (enxerto). É imprescindível que, após esse procedimento, o paciente compareça ao acompanhamento médico conforme prescrito pela equipe, de acordo com evolução e necessidades específicas. Salienta-se ainda que o transplante renal não deva ser considerado como a cura, mas, sim, outra forma de tratamento, ou seja, uma alternativa para a melhoria na qualidade de vida do paciente (SBN, n.d.; Navarrete & Slomka, 2014).

### **. Impactos da DRC e de seus Tratamentos**

A desinformação é um, dentre os fatores que contribui para que menos pacientes procurem e se vinculem ao serviço de nefrologia. Não conhecendo a doença, se surpreendem ao ter que submeter ao tratamento dialítico sem possibilidade de escolha, conforme o grau de comprometimento renal no qual se encontram. Portanto, a falta de conhecimento sobre a DRC como um todo, pode provocar impacto devastador em suas vidas. Além disso, a desinformação favorece o aparecimento de sentimentos negativos em relação ao paciente renal crônico o que gera preconceito e como resposta comportamental pode ocorrer rejeição e discriminação. Tais condições agravam

sobremaneira a inclusão de pacientes em um programa de tratamento (Guidelines, 2005; Fontoura, 2012; Silveira, 2014; Sontakke, Budania, Bajait, Jaiswal & Pimpalkhute, 2015).

Apesar das orientações gerais sobre alertas preventivos, campanhas mundiais de conscientização sobre os riscos e a necessidade de acompanhamento médico, uma vez instalada a doença, permanecem as dificuldades relacionadas à adesão do paciente a esquemas terapêuticos, contribuindo para a condição da cronicidade e de suas complicações. É o doente que vivencia os processos de mudanças inflexíveis que iniciam na área biológica e passam ao campo psicológico e social (Kaptein et al., 2010; Maragno et al., 2012; Pupiales-Guamán, 2012).

As mudanças no estilo de vida acarretadas pela DRC e/ou pelo tratamento dialítico ocasionam limitações físicas, sexuais, psicológicas, familiares e sociais; favorecem o sedentarismo e a deficiência funcional, além de outros fatores que refletem na vida diária do paciente. Como consequência destas restrições, acabam se tornando ‘desanimados’ ou ‘desesperados’. Observou-se que as principais reações emocionais de pacientes submetidos à hemodiálise são a regressão, sentimentos de inferioridade, dissimulação, impulsividade, autoestima diminuída e introversão (Nifa & Rudnicki, 2010; Besier & Goldbeck, 2011; Cabral, 2013).

Quando ocorre a constatação de que o corpo está doente, o sujeito reage com angústia e depara-se com um contexto que vivencia com uma gama de sensações, pensamentos, sentimentos, experimenta brusca mudança em seu viver; refere incapacidade física para desempenhar as atividades cotidianas, necessidade do deslocamento entre cidades para realizar tratamento, preocupações associadas à preservação do funcionamento das fístulas, controle hídrico e restrições alimentares.

Pesquisas demonstram que o paciente com DRC pode atravessar diferentes fases de respostas emocionais desde a sua inclusão no programa de TRS, um possível transplante, o acompanhamento após este procedimento ou eventual piora em sua condição geral. Inicialmente, encontra-se em estado de alerta, tenso, agitado e na expectativa de que algo está para acontecer, o que lhe ocasiona um desgaste físico e emocional. Em um segundo momento passa a imaginar qual será o próximo acontecimento, sofrendo diante do desconhecido e criando fantasias. Na fase de adaptação permanente, onde ainda não aceitou a doença e o tratamento, pode demonstrar-se externamente calmo e tranquilo (Fayer, 2010; Olim, 2013; Valle, Souza & Ribeiro, 2013).

Moura Neto et al. (2014) complementam ainda que entre estas fases, não necessariamente sequenciais, pode surgir transtornos psiquiátricos, resultantes do conflito existente entre aceitar ou não esta nova forma de vida que lhe é imposta. O paciente com insuficiência renal crônica (IRC) necessita de uma máquina e/ou de um novo órgão e isso acaba prejudicando seu equilíbrio emocional.

Tais situações podem acarretar sentimentos de medo, ansiedade, insegurança e sofrimento quanto à cura e à possibilidade de viver, com um pensar na morte e em tratamentos dolorosos, além de culpa e raiva, os quais, se não abordados, podem trazer como consequência resistência em seguir o tratamento de maneira adequada, com prejuízos ao quadro clínico. Cabe destacar que estes sentimentos fazem parte do processo de aceitação da doença e de seu tratamento (Silva, Silveira, Fernandes, Lunardi & Backes, 2011; Costa, Coutinho, Melo & Oliveira, 2014; Coelho & Costa, 2015; Santos et al., 2015; Silva, 2015; Silva et al., 2015).

Atualmente, nos livros e manuais de nefrologia, há capítulos destinados aos aspectos psiquiátricos e psicossociais dos pacientes renais, mas ainda uma escassez de

estudos nesta área do conhecimento. A partir da literatura foram levantados aspectos de ordem social, laboral e emocional - principalmente ansiedade e depressão, que podem causar danos a este paciente (Rossi, Deus & Figueiredo, 2011; Navarrete & Slomka, 2014; Salgado, Branco & Machado, 2015; Fernandes, 2016).

### **- Ansiedade e Depressão**

Verifica-se que a TRS promove a melhora de alguns sintomas clínicos, porém ao mesmo tempo pode provocar desordens emocionais e psiquiátricas. A cronicidade e o estresse desses tratamentos podem ter como consequência manifestação de sintomas depressivos e ansiosos, num grau de moderado a grave e uma maior dificuldade do paciente em lidar com a nova forma de vida. Estes quadros de respostas emocionais, quando surgem, são considerados como importantes complicações e estão relacionados ao aumento da mortalidade entre os indivíduos desta população (Nifa & Rudnick, 2010; Moreira, et al., 2014).

No tocante aos pacientes em tratamento de hemodiálise, pesquisas têm evidenciado prevalências menos abrangentes, que indicam uma oscilação entre 20% a 50% de depressão, dependendo da região e do método de rastreamento utilizado, e mostram que sintomas depressivos são frequentes em pacientes com DRC em TRS ou mesmo nos receptores de transplante renal (Garcia, Veiga & Motta, 2010; Finger, et al. 2011; Costa, Coutinho, Melo & Oliveira, 2014; Moreira, et al., 2014; Andrade, Sesso & Diniz, 2015).

A relação entre a intensidade de depressão e baixa aceitação da doença sugere que o mau humor que ocorre em pacientes submetidos à hemodiálise está relacionado a um aumento nas atitudes mal adaptativas para a DRC. Essa condição pode representar aumento na mortalidade e morbidade, assim como comprometer a adesão à terapêutica e

modular a sua situação imunológica e nutricional, tanto pelos sintomas da depressão ou da ansiedade em si como pelos sintomas associados, como perda de concentração e de motivação, distúrbios do sono, fadiga e dificuldades de compreender informações (Costa, Coutinho, Melo & Oliveira, 2014; Lopes, Fukushima, Inouye, Pavarini & Orlandi, 2014; Stasiak, Bazan, Kuss, Schuinski & Baroni, 2014; Lemos, Rodrigues & Veiga, 2015; Kokoszka et al., 2016).

Trabalhos científicos têm demonstrado que a depressão parece ser a complicação psíquica mais frequente nos pacientes em tratamento de hemodiálise; constata-se também, altos índices em cuidadores/familiares, relacionando-a ao ‘peso’ do cuidar (Nifa & Rudnicki, 2010; Besier & Goldbeck, 2011; Cabral, 2013). Num estudo de Stasiak et al. (2014), pacientes que realizam a TRS estão sujeitos a maior prevalência de transtornos de humor e à diminuição da sua qualidade de vida em relação à população em geral.

#### **- Qualidade de Vida (QV)**

Dentre as diversas definições de *qualidade de vida*, pode-se citar a proposta pela OMS, que compreende este conceito como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (The Whoqol Group, 1995).

Apesar das questões negativas abordadas, em estudos citados anteriormente, ainda assim o doente renal reconhece que o tratamento possibilita a espera pelo transplante e, com isso, uma expectativa de melhorar sua qualidade de vida. As mudanças decorrentes do tratamento atingem, também, seus familiares, pois esses necessitam ajustar sua rotina diária às necessidades de apoio ao familiar que apresenta DRC (Silva, Silveira, Fernandes, Lunardi & Backes, 2011).

Desse modo, faz-se necessário que os profissionais da saúde considerem a relevância dessas questões na sua abordagem e na elaboração do seu plano de trabalho, acompanhando as mudanças, além do esforço e investimento direcionados à melhoria da qualidade na vida aos anos a mais que foram conquistados (Silva, Santos, Barbosa, Silva & Gomes, 2014; Silva & Cavalcante, 2015).

Considerando que a DRC pode ter influência significativa na qualidade de vida, torna-se fundamental a realização de estudos que visem observar as consequências da doença, não somente quanto ao quadro clínico dos pacientes, mas também em sua vida social e em sua saúde mental (Kirchner, Machado, Löbler & Stumm, 2011; Barretos et al., 2014; Lopes et al., 2014; Koelzer, 2015).

Mesmo realizando o transplante renal, o paciente continua sendo portador de uma doença crônica. Ravagnani, Domingos e Miyazaki (2007) afirmam com base em seu estudo, que não houve uma mudança significativa na qualidade de vida dos pacientes pós-transplante, comparados aos pacientes pré-transplante. Um dos fatores associados a esse resultado é o estresse e a preocupação quanto à saúde e aos efeitos colaterais das medicações.

Estudar a qualidade de vida em relação à saúde constitui atualmente um conceito fundamental para a atenção integral do paciente com doença crônica (Duarte, Miyazaki, Ciconelli & Sesso, 2003; Barretos et al., 2014), bem como o estresse envolvido nesta população.

Pode-se afirmar que, por suas características, a DRC interfere de modo significativo na vida dos portadores, bem como de seus familiares. O paciente vivencia intranquilidade em seu estado de saúde, vê-se constantemente em perigo de perder a integridade, tanto física como psíquica, ou seu lugar na família e na sociedade, em decorrência das alterações em suas funções orgânicas. Pode ser atingido por diversas

condições como: anorexia, presença de toxinas urêmicas, distúrbios gastrintestinais e alterações metabólicas, influenciadas pelo seu estado nutricional. Outros estressores adicionais associados incluem desequilíbrio bioquímico, alterações fisiológicas, neurológicas, disfunção cognitiva e sexual (Kirchner et al., 2011; Barretos et al., 2014; Lopes et al., 2014; Koelzer, 2015).

Pacientes renais crônicos são constantemente confrontados com a percepção de uma falta de controle sobre as situações que estão experimentando no momento atual de suas vidas e a maneira de lidar e enfrentar esses momentos. Essa condição, enquanto fonte de estresse é responsável pela necessidade de adaptação e elaboração de estratégias de enfrentamento para a situação (Marques, Botelho, Marcon & Pupulim, 2014).

#### **- Enfrentamento**

*Coping* ou enfrentamento refere-se a um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de lidar com situações cotidianas ou estressoras. No âmbito da saúde/doença, as estratégias de enfrentamento que cada um dispõe vão interferir significativamente na compreensão e aceitação do problema e seu respectivo tratamento; são manifestadas em diferentes contextos e podem mudar de acordo com a situação vivida a cada momento (Perales-Montilla, García-León & Reyes-del Paso, 2012; Finnegan & Thomas, 2013).

Nos pacientes renais, o mecanismo de enfrentamento utilizado influencia na adaptação à doença e adesão ao tratamento (Valcanti, Chaves, Mesquita, Nogueira & Carvalho, 2012). Em estudo sobre o tema, Ravagnani, Domingos e Miyazaki (2007) acrescentam a importância e a influência dos recursos culturais, materiais, valores, crenças, habilidades e apoio social nas estratégias de enfrentamento de cada indivíduo. Entretanto, muitas vezes tais fatores não estão disponíveis a eles por restrições internas,



tais como valores ou deficiências psicológicas ou por restrições externas, como ausência de recursos materiais.

Diversos estudos apontam à importância de se aprofundar o conhecimento sobre os modos de enfrentamento em contextos de saúde, e, em particular, nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelo paciente renal crônico; por meio destas pode-se investigar a influência sobre os comportamentos considerados de riscos para a saúde, assim como a adesão terapêutica.

Frente às informações levantadas de cada paciente, poderá oferecer atendimento individualizado que proporcione o controle desses estressores inerentes a doença e ao tratamento, subsidiando a melhor adaptação ao regime terapêutico. Dessa forma, com a conscientização dos profissionais, será possível a elaboração de medidas de controle e prevenção do estresse, além de que, a revelação desses fatores pode significar possibilidades de mudança e de melhor enfrentamento da vida, ampliação e consolidação do cuidado (Leite, 2010; Ferreira, et al., 2011; Branco, 2014; Siqueira, et al., 2015; Silva, et al., 2016).

Nos últimos 15 anos, tem havido um aumento no número de estudos que demonstram que cada vez mais pessoas se voltam para questões ligadas à espiritualidade / religiosidade como um recurso em seus esforços para compreender e lidar com os momentos difíceis de suas vidas.

### **- Espiritualidade**

Espiritualidade é uma questão discutível e o termo não tem uma definição única e amplamente aceita; é considerada mais ampla e inclusiva do que religião, embora suas relações conceituais sejam bastante complexas. Até o século XX, os conceitos eram, em sua maioria, associados com um Deus e a práticas religiosas.

Com base em uma revisão de literatura, os principais componentes da espiritualidade foram ‘significado’, ‘esperança’, ‘conexão’ e ‘crenças / sistema de crenças’. Por meio da espiritualidade, mesmo aqueles que não acreditam na existência de um ‘ser superior’ pode buscar inspiração, significado, propósito (Cheawchanwattana, Chunlertrith, Saisunantararom & Pratheepawanit, 2015).

Nos sistemas de cuidados de saúde modernos, numa visão global atual, é reconhecido que os indivíduos podem buscar experiências espirituais, na expectativa de significado, satisfação e propósito na vida, sem necessariamente incluir um poder superior (Pargament, Feuille & Burdzy, 2011; Fradelos et al., 2015).

Desde 1998 que a OMS reconheceu e incorpora a religiosidade / espiritualidade como aspectos importantes da qualidade relacionada com a saúde da vida; pesquisas que têm sido realizadas estão apoiando este fato (WHOQOL, 1998). Estudos mostram que é possível reduzir o impacto negativo na qualidade de vida das pessoas com doença crônica por meio da modificação de variáveis como estilo de vida e o modo como a enfrenta e ao tratamento, incluindo a experiência da espiritualidade (Fleck, Borges, Bolognesi & Rocha, 2003; Coutinho & Tavares, 2011; Jerez Cevallos, 2012; Oliveira & Junges, 2012).

Mesmo com opções terapêuticas, a DRC pode causar danos emocionais e sociais graves, exigindo cuidados constantes e adaptações diversas, A relação do paciente com a doença, a rotina do tratamento, o órgão doente e o novo que será recebido (se for o caso de transplante), provavelmente despertará nele uma gama de emoções e/ou reações manifestadas ou não, de modo particular e individual. Em geral, os pacientes exibem necessidades espirituais que relacionam e influenciam sua adaptação ao problema (Nunes et al., 2014; Souza Júnior, Trombini, Mendonça & Atzingen, 2015).

Relação entre espiritualidade e vários aspectos da qualidade de vida tem sido pesquisada nos últimos anos, e os dados demonstram que a fé surge como suporte para a vida. Neste sentido, a presença da religião, seja ela qual for, auxilia no enfrentamento e aceitação da DRC, fornecendo a esperança, o conforto e a força necessária para enfrentar o dia a dia e superar as adversidades. As evidências sugerem que o bem-estar espiritual apresenta significativa correlação com aspectos de qualidade de vida desses, referente ao cansaço, angústia, tristeza, humor, trabalho, relacionamento com os outros, e gozo da vida.

Espiritualidade foi considerada importante para lidar com a doença e fornecer paz durante eventos adversos na vida e momentos de estresse. Por conseguinte, a satisfação com a vida abrange a satisfação para consigo mesmo, que por sua vez implica na autoestima, estando intimamente ligada ao bem-estar espiritual (Lucchetti, Almeida & Granero, 2010; Kandasamy, Chaturvedi & Desai, 2011; Branco, 2013; Chaves et al., 2015).

### **. Atuação do Psicólogo e Intervenções de Equipe**

Atuando junto ao paciente renal crônico, o psicólogo estará todo o tempo em contato com aspectos clínicos e dos tratamentos desta doença. A intervenção psicológica deve ter como finalidade principalmente, a avaliação das condições de adaptação às novas situações que o tratamento dialítico impõe, pois tais alterações são inevitáveis e acarretam limitações, assim como possibilitam a extensão da vida com mais qualidade. Não basta utilizar recursos tecnológicos, é importante valorizar o paciente enquanto pessoa, que tem sua forma singular de pensar, agir e sentir.

O psicólogo pode desenvolver um papel importante tanto na reestruturação psíquica do paciente como numa condição de acompanhamento/suporte, auxiliando-o a encarar sua condição numa perspectiva diferente; ainda identifica e/ou desenvolve

estratégias de enfrentamento mais adequadas, onde o paciente descubra novas possibilidades diante das adversidades que encontrará ao longo do tratamento.

Preocupações em relação ao paciente renal crônico estão diretamente ligadas aos aspectos emocionais. Sendo assim, cabe ao psicólogo manter um papel motivador e orientador no processo de acompanhamento psicológico nas unidades de TRS, buscando inicialmente identificar fatores que possam favorecer sua efetiva atuação (Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, 2011; Oliveira, Crepaldi & Leiguez, 2011; Ferreira & Gorayeb, 2015).

Identificação precoce e encaminhamento dos pacientes com DRC tem o potencial de reverter, retardar ou prevenir a progressão da doença, tornando-se o foco das iniciativas preconizadas em estudos nessa área. Com a evolução da doença, o papel do profissional de saúde mental é orientar / colaborar com o paciente a fim de: a) tomar uma decisão sobre o processo de tratamento; b) ajustar-se ao processo; c) integrar a doença para um estilo de vida adequado às questões pessoais (KDIGO, 2013; Temimovic, Rasic & Muslimovic, 2015).

A partir da identificação da doença (momento do diagnóstico) um longo processo irá se desenvolver e durante toda sua vida, os pacientes devem ser acolhidos, motivados a lidar eficazmente com a aceitação da DRC e a comprometer-se com o tratamento que hora se impõe. Esta preparação caracteriza, inicialmente, em conjunto de informações (psicoeducação), bem como apoio e suporte. São sinais de enfrentamento adequado: a) lidar eficazmente com sentimentos desconfortáveis; b) gerar esperança; c) melhorar a autoestima; d) manter relações com os outros; e) manter uma sensação de bem-estar (Guidelines, 2005; Kirsztajn, et al., 2014).

Faz-se importante que se busque um entendimento o mais completo possível sobre os 'atravessamentos' desse adoecimento desde o seu início. Dessa forma, espera-

se facilitar a compreensão e, conseqüentemente, a aplicação de intervenções psicoterapêuticas. As adaptações físicas e emocionais de cada paciente dependerão de diversos fatores, que vão desde a informação precisa da doença e as suas possibilidades de tratamento até a sua condição após a realização do transplante, se for o caso. A relação do paciente com a doença, o órgão doente e o novo que será recebido, pode despertar no indivíduo emoções variadas, a cada tempo (Navarrete & Slomka, 2014).

Receber o diagnóstico e identificar-se renal crônico representa não apenas ter uma deficiência orgânica, mas principalmente, depender da atenção médica, de recursos tecnológicos, transfusões de sangue, medicamentos, cirurgias, nefrologistas, equipes especializadas, recursos e políticas públicas que custeiem o seu tratamento e muitas vezes de sua família (Branco, 2013; Lemos, 2013).

O acompanhamento psicológico, grupos de autoajuda, psicoeducação e psicoterapia breve são indicações pertinentes para esse público. Uma rede de apoio é fundamental nesse processo, bem como um atendimento multidisciplinar. É imprescindível que o psicólogo trabalhe com um olhar sistêmico acerca das questões que permeiam esta população (Navarrete & Slomka, 2014; Coutinho e Costa, 2015).

A adaptação a uma nova situação é composta em grande parte pelo pensar sobre esta condição. Na medida em que o paciente se torna mais familiarizado com a DRC, estará mais disponível a receber orientações e desenvolver adequada adesão ao tratamento (Losso, Zimmermann, Ceretta, Salvaro & Rosa, 2014; Beto, Schury & Bansal, 2016).

Entretanto, para que tais condições possam ser efetivamente consolidadas é fundamental a caracterização desta população, conforme propõem os objetivos do presente estudo.

## OBJETIVOS

### **Geral:**

- Caracterizar o perfil biopsicossocial e espiritual de pacientes em tratamento renal crônico de um hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo.

### **Específicos:**

- Identificar: a) dados sociodemográficos e clínicos;
- b) sintomas de ansiedade e depressão;
- c) qualidade de vida;
- d) estratégias de enfrentamento e;
- e) questões ligadas à espiritualidade, religião e/ou crenças pessoais.

## MÉTODO

### . Delineamento da pesquisa

O presente trabalho trata-se de um estudo transversal, descritivo exploratório populacional, com análise qualitativa dos dados.

### . Participantes

Participaram 174 pacientes em terapia renal substitutiva, atendidos pelos serviços que compõem o Departamento de Nefrologia do Hospital de Base / Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP durante o período de setembro de 2016 a março de 2017.

#### - Critérios de inclusão:

Pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com diagnóstico de DRC, em TRS (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal), escolhidos aleatoriamente.

#### - Critérios de exclusão:

Pacientes que apresentassem alguma condição que o impedissem de responder às questões (p. ex.: dificuldades de entendimento dos instrumentos aplicados, saúde em agravo, comorbidades psiquiátricas, déficits cognitivos, deficiências visual e/ou auditiva).

### . Materiais

- Ficha de Identificação, elaborada pela pesquisadora para coleta de informações em prontuário eletrônico, destinada a registrar dados socioeconômicos, demográficos e clínicos, como: idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade, atividade atual, religião, entre outros e dados acerca da doença (Apêndice 1);
- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), para verificar a presença de

sintomas depressivos e ansiosos em adultos, adaptada e validada para população brasileira por Botega, Bio, Zomignani, Garcia e Pereira (1995). Possui 14 itens de múltipla escolha, dos quais sete são voltados para a avaliação de sintomas de ansiedade e sete para sintomas de depressão. O ponto de corte utilizado foi o mesmo indicado por Zigmond & Snaith (1983): 0 a 8 - sem ansiedade/depressão, acima de 9 - com ansiedade/depressão. Cada um dos itens pode ser indicado de zero a três, e o escore máximo para cada escala é de 21 pontos, sendo que quanto maior o valor, maior a chance de o indivíduo desenvolver um transtorno de ansiedade e/ou depressão. Esta escala foi escolhida por ser de fácil aplicação com número pequeno de itens; aborda variáveis de interesse (ansiedade e depressão) e tem demonstrado em pesquisas adequadas características psicométricas entre indivíduos com diversos tipos de problemas de saúde (Schimidt, Dantas & Marziale, 2011; Nunes, Rios, Magalhães & Costa, 2013) (Anexo 1).

- WHOQOL-Bref (Grupo WHOQOL), instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida dos participantes. Trata-se da versão abreviada do WHOQOL-100, elaborado pelo WHOQOL Group em 1998 dentro de uma perspectiva internacional, abrangendo diversas culturas. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes. A versão abreviada conta com 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida (1 e 2) que foram calculadas em conjunto para gerar um único escore independente dos escores dos domínios, e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, divididas em quatro domínios: físico (questões: 1, 2, 3, 9, 10, 11, 12), psicológico (questões: 4, 5, 6, 7, 8, 24), relações sociais (questões: 13, 14, 15) e meio ambiente (questões: 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23). Os domínios são pontuados de forma independente, considerando a premissa de que QV é um construto multidimensional.



Dessa forma, o escore pode variar de um a cinco, sendo que quanto maior o valor, melhor é o domínio de QV avaliado. O questionário WHOQOL-bref está disponível e liberado para uso em pesquisas no site: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol84.html> (Anexo 2) (Fleck et al., 2000, Santos et al., 2015).

- Escala Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP, desenvolvido inicialmente para a população brasileira por Gimenes e Queiroz (1997), validado por Seidl, Trócoli e Zanon (2001). Trata-se de instrumento composto por um conjunto de questões para avaliar os modos de enfrentamento definidos como estratégias cognitivas e/ou comportamentais, voltadas para o manejo de estressores específicos. Possui 45 itens, que aborda quatro fatores de enfrentamento: focado no problema (18 itens), focado na emoção (15 itens), busca de prática religiosa / pensamento fantasioso (5 itens) e busca de suporte social (7 itens). As respostas são dadas em escala Likert de cinco pontos (1= nunca faço isso; 2= eu faço isso um pouco; 3= eu faço isso às vezes; 4= eu faço isso muito; 5= faço isso sempre). Os escores, obtidos pela média aritmética, variam de um a cinco para cada fator, os valores mais elevados indicam maior utilização de determinada estratégia de enfrentamento (Anexo 3);

- WHOQOL - espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais - SRPB, é um instrumento desenvolvido pela OMS com o objetivo de avaliar a maneira como espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (SRPB, sigla em inglês) correlacionam-se com a QV na saúde e na assistência à saúde. É constituído por 32 questões que focam aspectos relacionados com a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais e cujas opções de resposta são dadas em escala Likert de cinco pontos (1= nada; 2= muito pouco; 3= mais ou menos; 4= bastante; 5= extremamente). Apresentou qualidades psicométricas satisfatórias e relacionadas ao critério concorrente em amostra ampla de

homens e mulheres saudáveis e doentes, de variadas idades, crenças, escolaridades e classes socioeconômicas brasileiras. Disponibilizado como um instrumento de base transcultural, desenvolvido a partir de um projeto multicêntrico da OMS, tem a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de pesquisas sobre espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (Panzini, Maganha, Rocha, Bandeira & Fleck, 2011; Rocha & Fleck, 2011) (Anexo 4).

### **. Procedimento**

De acordo com rotina de tratamento, os pacientes que compareceram à instituição e aguardavam para serem atendidos, foram convidados a participarem do estudo. Àqueles que aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, em duas vias de igual teor (Apêndice 2), responderam aos instrumentos.

Os dados foram coletados individualmente, pela própria pesquisadora, sob a forma de entrevistas, em conformidade com as condições, disponibilidade e preferência dos pacientes:

- no ambulatório de especialidades (Nefrologia Geral e Transplante – doador vivo e falecido), enquanto esperavam a consulta médica;
- no consultório médico da Unidade de Diálise, enquanto aguardavam: - horário para a sessão de hemodiálise, - consulta de acompanhamento da diálise peritoneal, ou ainda, - a chegada do transporte que o levaria de volta para sua residência;
- no interior da Unidade de Diálise e;
- na sala de uso múltiplo das enfermarias do Hospital de Base.

Especificamente, para os pacientes de HD que optaram por responder a entrevista durante o procedimento, o tempo decorrido foi de acordo com as condições

que se encontravam aquele respondente. Muitas vezes, houve necessidade de interrupção por conta de eventual reação ao procedimento (ex.: câimbras, náuseas, queda de pressão, dores, entre outras). Diante dessas condições, a coleta de respostas foi feita em dois momentos (duas sessões de HD).

### **Análise dos Dados**

Os dados foram analisados a partir de agrupamentos e tabulação de respostas a cada variável, por frequência, porcentagem, média, mediana, desvio padrão e coeficiente de variação. Os resultados foram comparados e discutidos com informações provenientes da literatura pertinente.

### **. Considerações éticas:**

Estes instrumentos foram aplicados após concordância do paciente em participar da pesquisa, leitura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, elaborado em conformidade com os princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, do Ministério da Saúde, em duas vias de igual teor, sendo uma, designada ao paciente e outra, ao pesquisador. Foi disponibilizado suporte emocional ao paciente, caso viesse a necessitar, pela própria pesquisadora (especialista nesta área do saber).

A coleta de dados só teve início após submissão e aprovação do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, respeitando os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Projeto (CAAE: 59117516.3.0000.5415) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP (Parecer de nº 1.716.617, no dia 22 de Agosto de 2016) (Anexo 5).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A demonstração dos resultados e discussão deste estudo inicialmente apresenta o perfil sócio demográfico da casuísta (divididos em três tabelas: 1. Dados pessoais, 2. Condição de moradia e hábitos de vida e 3. Dados clínicos); e posteriormente, informação de cada instrumento utilizado, de acordo com os objetivos da pesquisa.

### a) **Dados sócios demográficos**

Na Tabela 1 estão descritos os dados pessoais dos participantes. A faixa etária predominante ficou entre 41 a 70 anos, que corresponde a 70,69% dentre todos os respondentes, dados que corroboram os encontrados por Santos et. al. (2015) com 66,3% (faixa etária entre 36 a 65 anos), bem como Silva, Fernandes, Silva, Dias e Melchioris (2016), com 58,9% (faixa entre 40 a 69 anos), em estudos referente a esta mesma população.

Considerando cada modalidade de tratamento, mantiveram-se nessa mesma faixa de idade pacientes em hemodiálise (HD) (69,47%) e os transplantados renais (TR) (60%); resultado aproximado ao descrito pelo Censo de 2016 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), em que a distribuição percentual de pacientes em diálise, na faixa etária de 45 a 74 anos corresponde a 65,4% do total pesquisado (SBN, 2017). Dos pacientes em diálise peritoneal (DP), 53,33% se encontravam com 61 anos em diante. Pode-se considerar a idade mais avançada, nesta modalidade, em razão de que, se lhes era possível a escolha, optaram primeiramente pela HD e, com o passar dos anos, apresentando condições dificultosas para manutenção deste procedimento, migraram para DP, fato observado na rotina do Serviço.

Tabela 1: Dados Sociodemográficos: características pessoais dos participantes

Características	Modalidade	Total (n = 174)		DP (n = 15)		HD (n = 95)		TR (n = 60)	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Idade	18-30	17	9,77	1	6,67	11	11,58	5	8,33
	31-40	19	10,92	2	13,33	11	11,58	6	10,00
	41-50	38	21,84	2	13,33	20	21,05	16	26,67
	51-60	46	26,44	2	13,33	24	25,26	20	33,33
	61-70	39	22,41	5	33,33	22	23,16	12	20,00
	>70	15	8,62	3	20,00	11	11,58	1	1,67
		$\bar{X}$	51,97		55,60		52,14		50,77
	$M_d$	53,00		61,00		53,00		52,00	
	s	14,38		15,62		15,27		12,51	
Sexo	Masculino	93	53,45	8	53,33	44	46,32	41	68,33
	Feminino	81	46,55	7	46,67	55	57,89	19	31,67
Religião	Católica	102	58,62	7	46,67	63	66,32	32	53,33
	Espírita	5	2,87	0	0,00	3	3,16	2	3,33
	Evangélica	55	31,61	6	40,00	28	29,47	21	35,00
	Outra	7	4,02	2	13,33	2	2,11	3	5,00
	Não tem	5	2,87	0	-	3	3,16	2	3,33
Escolaridade	Alfabetizado	4	2,30	1	6,67	2	2,11	1	1,67
	E F Incomp	83	47,70	8	53,33	46	48,42	29	48,33
	E F Comp	24	13,79	2	13,33	12	12,63	10	16,67
	E M Incomp	6	3,45	2	13,33	2	2,11	2	3,33
	E M Comp	40	22,99	1	6,67	26	27,37	13	21,67
	SupIncomp	6	3,45	1	6,67	4	4,21	1	1,67
	SupComp	11	6,32	0	-	7	7,37	4	6,67
Estado Civil	Solteiro	24	13,79	2	13,33	16	16,84	6	10,00
	Casado	94	54,02	9	60,00	52	54,74	33	55,00
	Viúvo	16	9,20	3	20,00	8	8,42	5	8,33
	Div/Sep	21	12,07	0	-	13	13,68	8	13,33
	União Estável	19	10,92	1	6,67	10	10,53	8	13,33
Ocupação	Estudante	3	1,72	0	-	2	2,11	1	1,67
	Trabalhador	11	6,32	2	13,33	3	3,16	6	10,00
	Aposentado	87	50,00	6	40,00	47	49,47	34	56,67
	Encostado	44	25,29	3	20,00	28	29,47	13	21,67
	Desempregado	19	10,92	3	20,00	13	13,68	3	5,00
	Pensionista	10	5,75	1	6,67	6	6,32	3	5,00
Renda Familiar (SM)	< = 1	59	33,91	4	26,67	37	38,95	18	30,00
	1.1 a 3	73	41,95	5	33,33	39	41,05	29	48,33
	3.1 a 5	35	20,11	6	40,00	17	17,89	12	20,00
	> 5	7	4,02	0	-	6	6,32	1	1,67

( $\bar{X}$  = Média;  $M_d$  = Mediana; s = Desvio Padrão; SM = salário mínimo vigente no país)

Para o total (n = 174) dos pacientes avaliados, quanto ao gênero, 53,45% era do sexo masculino e 46,55% do sexo feminino. Este resultado se encontra próximo ao descrito no Censo brasileiro de 2016, em que a distribuição de pacientes em diálise por sexo foi de 57% (masculino) e 43% (feminino) (SBN, 2017), também no estudo de Silva, Fernandes, Silva, Dias e Melchiors (2016), com 60,1% (masculino) e 39,9% (feminino). Com relação aos grupos, pacientes em DP e TR apresentou ligeira prevalência para os homens (53,33%) e (68,33%), respectivamente, ao contrário daqueles em HD, com prevalência para as mulheres (57,89%). Costa e Coutinho (2016) observaram que 52% pacientes eram do sexo feminino.

A religião católica manteve predomínio nas três modalidades: (DP = 46,67%), (HD = 66,32%) e (TR = 53,33%), seguida pela evangélica (DP = 40%), (HD = 29,47%) e (TR = 35%). No que se refere à escolaridade, parte expressiva dos pacientes disse ter cursado até o ensino fundamental incompleto (DP = 53,33%), (HD = 48,42%) e (TR = 48,33%) e mais da metade dos pacientes, no cômputo geral, afirmou ser casada (54,02%), sendo (DP = 60%), (HD = 54,74%) e (TR = 55%). Características como religião (58% católicos) e estado civil (56% casados) encontrados em Costa & Coutinho (2016) e 56,5% e 57,8% de casados referidos em pesquisa de Santos et. al. (2015) e Silva, Fernandes, Silva, Dias e Melchiors (2016), respectivamente, foram similares aos resultados do presente estudo.

Quanto à ocupação, 50% do total dos participantes informaram estar aposentados (DP = 40%), (HD = 49,47%) e (TR = 56,67%), seguidos dos que disseram 'encostados' (25,29%) (sinônimo informal dado ao beneficiário junto ao INSS que recebe o auxílio-doença). Em pesquisa de Santos et. al. (2015), 58,8% eram aposentados e 26% encostados.

A renda familiar para 75,86% de todos os avaliados foi de até três salários mínimos mensais (SM) (DP = 60%), (HD = 80%) e (TR = 78,33%). Silva, Fernandes, Silva, Dias e Melchioris (2016), em seu estudo, considerando a renda familiar até quatro SM, chegou a 88% dos respondentes. Estes dados se justificam, uma vez que considerável parcela em faixa etária ativamente produtiva, frente às exigências / rotina do tratamento veem-se impedidos de manter atividade formal de trabalho, que pode influenciar, nas condições de ocupação e controle financeiro da família.

Estudos na área indicam que o baixo nível sócio econômico relacionado com a baixa escolaridade é capaz de desencadear o surgimento de doenças crônicas quando manipula fatores de risco ligados diretamente à saúde e a qualidade de vida (QV). Especificamente, com relação à DRC, o baixo nível socioeconômico pode relacionar-se ao surgimento dessa doença por meio de dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde e controle inadequado de fatores de risco, como a hipertensão e o diabetes (Almeida, 2013; Gesualdo, et. al., 2017).

Estão apresentados na Tabela 2, dados referentes às condições de moradia, atividades e hábitos de vida destes pacientes. Em sua quase totalidade residem em área urbana (93,68%): DP (100%), HD (94,74%) e TR (96,67%). No município onde foi realizado o estudo se concentram 32,76% dos pacientes, sendo: DP (7,02%), HD (44,44%), e TR (15%) ou num raio de até 150 km de distância da referida instituição, 55,17% do total: DP (22,63%), HD (55,55%), e TR (50%). Procedentes de outros estados (MG, MT e MS), são alguns pacientes transplantados, que se deslocam de sua cidade para seguimento ao tratamento.

Tabela 2: Dados Sociodemográficos: condições de moradia, atividades e hábitos de vida.

Modalidade Características		Total(n = 174)		DP (n = 15)		HD (n = 95)		TR (n = 60)	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Área moradia	Rural	11	6,32	0	-	9	9,47	2	3,33
	Urbana	163	93,68	15	100,00	90	94,74	58	96,67
Procedência	SJ Rio Preto	57	32,76	4	7,02	44	44,44	9	15,00
	<=50 km	49	28,16	9	18,37	32	32,32	8	13,33
	51a 150 km	47	27,01	2	4,26	23	23,23	22	36,67
	151 a 500 km	17	9,77	0	-	0	-	17	28,33
	>500 km	4	2,30	0	-	0	-	4	6,67
Reside com	Cônjuge	54	31,03	5	33,33	34	35,79	15	25,00
	Pais	8	4,60	0	-	4	4,21	4	6,67
	Só	10	5,75	0	-	9	9,47	1	1,67
	Filhos	21	12,07	3	20,00	11	11,58	7	11,67
	Irmãos	2	1,15	0	-	1	1,05	1	1,67
	Cônjuge + Filhos	63	36,21	4	26,67	31	32,63	28	46,67
	Pais + Irmãos	9	5,17	1	6,67	6	6,32	2	3,33
	Outros	7	4,02	2	13,33	3	3,16	2	3,33
Lazer	Não	84	48,28	11	73,33	41	43,16	32	53,33
	Sim	90	51,72	4	26,67	58	61,05	28	46,67
Etilismo	Não	139	79,89	11	73,33	77	81,05	51	85,00
	Sim	35	20,11	4	26,67	22	23,16	9	15,00
Tabagismo	Não	159	91,38	15	100,00	86	90,53	58	96,67
	Sim	15	8,62	0	-	13	13,68	2	3,33
Drogas ilícitas	Não	172	98,85	15	100,00	97	102,11	60	100,00
	Sim	2	1,15	0	-	2	2,11	0	-

Referente aos pacientes em HD, Silva, Fernandes, Silva, Dias e Melchioris (2016), identificaram que 44% dos pesquisados, também residem num raio de até 160 km. Considerando os transplantados, Borges, et al. (2016), apresentam dados que corroboram estes resultados, pois apesar de a maioria residir no município onde eram realizadas as sessões de hemodiálise (91,6%), nenhum dos participantes morava no município onde ocorreu o transplante. Os pacientes recebiam alguma ajuda financeira (75%) ou o transporte (25%) para ir às consultas de rotina.



Parcela expressiva de todos os participantes reside com seu cônjuge (31,03%) ou com cônjuge e filhos (36,21%). Considerando atividades de lazer quase não houve diferença entre os pacientes que referiram (51,72%) e os que negaram essa prática (48,28%). Entretanto, para cada modalidade houve diferença para aqueles que disseram ter algum tipo de lazer: DP (26,67%), HD (61,05%), e TR (46,67%). Ibiapina et al. (2016), refere que a rotina da hemodiálise precipita impacto na vida social dos pacientes, acarretando redução de atividades de lazer, entre outros fatores. Em outro estudo, Guzzo, Böing e Nardi (2017), relatam que devido a maior dependência física, as pessoas adoecidas, por vezes, deixam de frequentar locais que antes lhe ofereciam lazer e bem-estar, e com o tempo afastam-se dos amigos, restringindo o convívio social.

Conforme suas afirmativas, parcela expressiva dos respondentes em geral, disse que, durante o período deste estudo, não mantinha hábitos de etilismo (79,89%), tabagismo (91,38%) e / ou uso de drogas ilícitas (98,85%). Pesquisa de Gesualdo, et. al., (2017), com população de renais crônicos, analisou hábitos considerados essenciais para compreensão do estilo de vida adotado pelo indivíduo. Similar aos resultados do presente estudo identificou que entre os participantes, 11,8% consumiam bebidas alcoólicas e 15,7% eram tabagistas.

Na Tabela 3 estão demonstrados dados clínicos dos participantes da pesquisa. Destes, 41,38% referem ter recebido o diagnóstico de IRC há mais de dez anos, seguido de 33,91% que afirmaram período entre um a cinco anos. Considerando estes resultados conforme seu tratamento, pacientes em DP (46,67%) e em HD (43,16%) mencionaram o tempo decorrido desde o diagnóstico no intervalo de um a quatro anos e onze meses. Enquanto que afirmaram conhecimento há mais de dez anos: DP (26,67%), HD (36,84%) e TR (55%).

Tabela 3: Dados Sociodemográficos: características clínicas dos participantes

Modalidade		Total(n=174)		DP(n=15)		HD(n=99)		TR(n=60)	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Tempo de Diagnóstico	<11m	11	6,32	3	20,00	6	6,32	2	3,33
	1a – 4a11m	59	33,91	7	46,67	41	43,16	11	18,33
	5a – 9a11m	32	18,39	1	6,67	17	17,89	14	23,33
	>10a	72	41,38	4	26,67	35	36,84	33	55,00
Doença de Base	DM	44	25,29	4	9,09	25	56,82	15	34,09
	DRP	11	6,32	1	9,09	8	72,73	2	18,18
	GESF	3	1,72	0	-	2	66,67	1	33,33
	GNC	33	18,97	2	6,06	21	63,64	10	30,30
	HAS	63	36,21	8	12,70	28	44,44	27	42,86
	LES	9	5,17	0	-	9	100,00	0	-
	Outras	11	6,32	0	-	6	54,55	5	45,45
Comorbidade	DM	51	29,31	7	13,73	34	66,67	10	19,61
	HAS	83	47,70	7	8,43	60	72,29	16	19,28
	HTPS	32	18,39	0	-	23	71,88	9	28,13
	LES	11	6,32	0	-	11	100,00	0	-
	Outras	51	29,31	2	3,92	43	84,31	6	11,76
Internação no último ano	Não	84	48,28	7	46,67	52	54,74	25	41,67
	Sim	90	51,72	8	53,33	47	49,47	35	58,33
Convênio	Privado	38	21,84	0	-	36	36,36	2	3,33
	Público	136	78,16	15	100,00	63	63,64	58	96,67

Conforme registro do prontuário eletrônico, de todos os participantes, 36,21% tinham como doença de base HAS, 25,29% DM e 18,97%, GNC, dentre outros problemas de saúde, dados compatíveis com a literatura pertinente. Neste mesmo documento consta que a maior parte dos pacientes apresenta comorbidades, sendo parcela significativa com HAS (47,70%), DM (29,31%) e HTPS (18,39%). Entretanto, a falta de conhecimento quanto à sua condição de saúde (p. ex.: fatores, causas e/ou comorbidades) foi observada no relato de diversos pacientes.

De acordo com o Censo de 2016, o diagnóstico de base dos pacientes em diálise no Brasil foi de HAS (34%), DM (30%), seguidos por GNC (9%), DRP (4%), Outras (12%) e Indefinidos (11%) (SBN, 2017). Draibe (2014) destaca que HAS e DM

correspondem a 60% dos casos; obesidade, GNC, DRP, lesão renal aguda prolongada e nefropatia crônica, entre outras, compõem os 40% restantes. Kirsztajn e Valente (2014) identificaram que, 30 a 50% dos casos de DRC em países industrializados são decorrentes de HAS e DM.

Referente à internação, 51,72% do total dos avaliados estiveram hospitalizados no último ano do período da pesquisa, dados semelhantes foram identificados considerando as três modalidades de tratamento. Esse resultado pode sugerir que pacientes em TRS, necessitam de cuidado constante, tanto médico quanto de toda equipe de saúde, pois mesmo em seguimento de seu tratamento específico, poderá apresentar quadro de piora e/ou complicações.

Segundo consta nos prontuários eletrônicos, 136 participantes (78,16%) utilizava o sistema público como mantenedor de seu tratamento de saúde, dados compatíveis com estatísticas pertinentes à área. Cerca de 110 mil pacientes fazem hemodiálise no Brasil, atualmente; desse total, 84% são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 16% são financiados pelo sistema complementar (SBN, 2017).

#### **b) Sintomas de Ansiedade e Depressão**

Os dados obtidos a partir do instrumento HAD, demonstram que quantidade relevante dos avaliados apresentou sintomas clínicos de ansiedade (70,11%): DP (93,33%), HD (76,77%) e TR (53,33%), e de depressão (75,29%): DP (100%), HD (84,85%) e TR (53,33%) (Tabela 4), resultados significativamente maiores do que os encontrados na literatura, para esta população e para a população geral.

Com relação à prevalência de ansiedade e depressão nos pacientes renais crônicos, Ottaviani et al. (2016) em sua pesquisa, observou 33,% de ansiedade e 16,% de depressão. Achados de outros pesquisadores fornecem um intervalo percentual em

que a prevalência desses transtornos oscila entre 5 a 45%, em hemodialisado (Varela, Vazquez, Bolanos e Alonso, 2011; Griva, et al., 2014; Stasiak, Bazan, Kuss, Schuinski e Baroni, 2014).

Tabela 4: Sintomas de ansiedade e depressão

<b>Modalidade</b>		<b>Total (n=174)</b>		<b>DP (n=15)</b>		<b>HD (n=99)</b>		<b>TR (n=60)</b>	
		<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Ansiedade	Presença	122	70,11	14	93,33	76	80,00	32	53,33
	Ausência	52	29,89	1	6,67	23	24,21	28	46,67
Depressão	Presença	131	75,29	15	100,00	84	88,42	32	53,33
	Ausência	43	24,71	-	-	15	15,79	28	46,67

O Brasil é o país com a maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade (9,3%) e o quinto em casos de depressão (5,8%), no mundo, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS). É importante observar que muitas pessoas têm tanto depressão quanto transtornos de ansiedade (OPAS/OMS, 2017), e também associadas com a diminuição da QV (Riezebos, Nauta, Honing, Dekker e Siegertl, 2010; Lee, Kim, Cho e Kim, 2013).

A prevalência de depressão é expressivamente mais elevada entre pessoas com maior número de doenças crônicas, configurando-se esse grupo como de especial atenção por parte de profissionais de saúde, serviços e formuladores de políticas em relação ao seu acompanhamento (Boinget al., 2012). Particularmente, tem sido cada vez mais destacada a associação entre a DRC e a depressão, que pode dificultar o seguimento médico, a adesão ao tratamento e o investimento em auto cuidado, com prejuízo à qualidade de vida do paciente (Ferreira & Gorayeb, 2015).

Frases abstraídas da casuística estudada, no presente trabalho, ilustram características de ansiedade e de depressão relacionadas ao problema de saúde em questão, conforme seguem:

“... é muito triste essa doença... o que a gente tem que passar... a vida meio que acaba!... é ruim... sinto muita falta de vontade, tristeza, o peito aperta, tem hora, que até dói!...” (P153).

“Eu sinto que mudei... eu acho que eu tô mais fechado, mais quieto, sem graça ‘prás coisa... fiz o transplante, mas não me sinto com coragem prá mais nada, nem no culto eu vou, vai tem alguém que pode me passar alguma coisa... acho que isso é a tal da depressão...” (P119).

“...minha vontade é de ficar calado, sem barulho, sem criança perto, gente falando, música, nada... Barulho me dá agonia, fico até nervoso quando alguma coisa enrola, demora prá resolver, quando preciso de uma coisa e não dá certo...nossa, fico agoniado demais... tô tomando remédio... vamo vê se melhora...” (P76).

“...lembro como se fosse hoje, naquele dia [dia do diagnóstico] meu chão abriu nos meus pé...e uma parte de mim morreu... venho aqui, converso, brinco, como, durmo, mas só eu sei da gastura que tenho por dentro... é uma coisa ruim demais... não durmo direito... ando prá lá e prá cá... uma falta de sossego... tomo remédio, a psicóloga conversa comigo... vira nada...” (P27).

### **c) Qualidade de Vida (QV)**

Na Figura 1 e na Tabela 4, estão descritos resultados dos participantes referentes ao instrumento WHOQOL-Bref para avaliação da qualidade de vida (QV). Este possui uma escala analógica de 0 a 100, para representações gráficas, com sentido crescentemente positivo, de forma que pontuações mais altas denotam melhor QV.

Figura 2: Valores médios obtidos para cada domínio relacionado ao questionário genérico de qualidade de vida - WHOQOL-Bref, para o total da amostra e modalidades de tratamento.

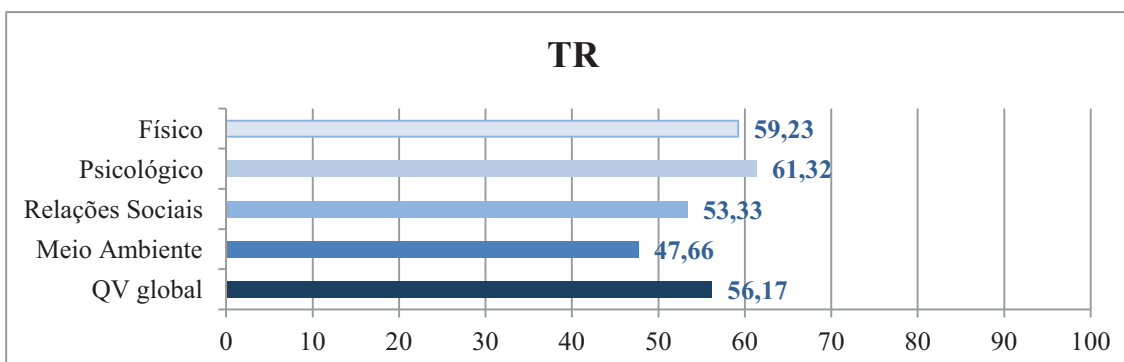
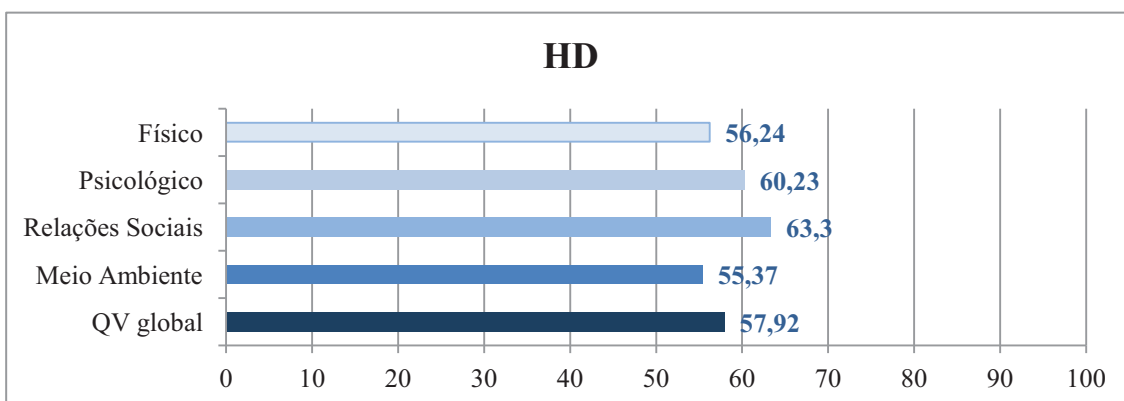
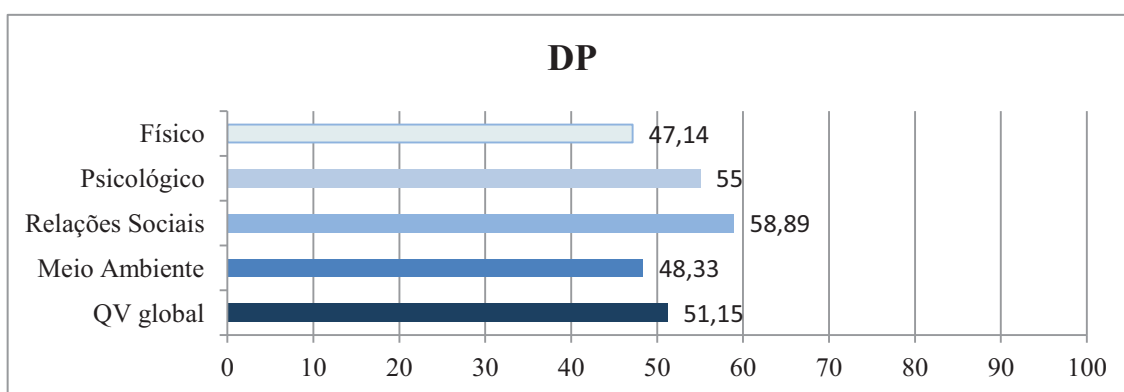
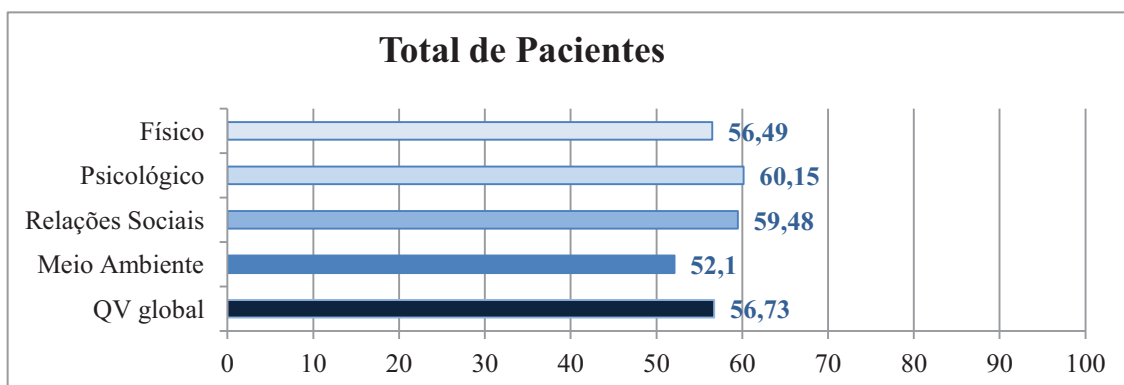


Tabela 5: Resultados do WHOQOL-Bref por média, desvio padrão e coeficiente de variação, considerando o total da amostra e as modalidades de tratamento.

DOMÍNIO	Total			DP			HD			TR		
	$\bar{x}$	$\sigma$	CV	$\bar{x}$	$\sigma$	CV	$\bar{x}$	$\sigma$	CV	$\bar{x}$	$\sigma$	CV
Físico	13,04	2,79	21,43	11,54	3,32	28,76	13,00	2,90	22,32	13,48	2,35	17,44
Psicológico	13,62	2,87	21,06	12,80	3,41	26,64	13,64	3,07	22,48	13,81	2,36	17,07
Relações Sociais	13,52	2,44	18,04	13,42	2,59	19,32	14,13	2,69	19,02	12,53	1,50	11,95
Meio Ambiente	12,34	2,57	20,85	11,73	2,74	23,39	12,86	2,72	21,19	11,63	2,05	17,67
Auto-avaliação QV	13,87	2,89	20,86	12,53	2,88	22,94	13,43	3,00	22,31	14,93	2,40	16,07
Total	13,08	2,32	17,76	12,18	2,72	22,29	13,27	2,48	18,70	12,99	1,89	14,55

( $\bar{x}$  = Média;  $s$  = Desvio Padrão  $CV$  = Coeficiente de Variação)

Na amostra, o total geral foi de 56,73% ( $\bar{x}$  = 13,08;  $s$  = 2,32 e  $CV$ =17,76). Pode-se verificar que a média mais elevada foi atribuída ao domínio Psicológico (60,15%;  $\bar{x}$  = 13,62;  $s$  = 2,87 e  $CV$  = 21,06), seguida de Relações Sociais (59,48%;  $\bar{x}$  = 13,52;  $s$  = 2,44 e  $CV$  = 18,04), já os domínios Físico (56,49%;  $\bar{x}$  = 13,04;  $s$  = 2,79 e  $CV$  = 21,43) e o Meio Ambiente (52,10%;  $\bar{x}$  = 12,34;  $s$  = 2,57 e  $CV$  = 20,85), obtiveram as menores médias.

Com relação a cada modalidade de tratamento, os dados demonstram que: para DP (51,15%;  $\bar{x}$  = 12,18;  $s$  = 2,72 e  $CV$  = 22,29), o domínio com maior desempenho foi Relações Sociais (58,89%;  $\bar{x}$  = 13,42;  $s$  = 2,59 e  $CV$  = 19,32) e com menor foi o Físico (47,14%;  $\bar{x}$  = 11,54;  $s$  = 3,32 e  $CV$  = 28,76). Pacientes em HD (57,92%;  $\bar{x}$  = 13,27;  $s$  = 2,48 e  $CV$  = 18,70), o domínio com maior percentual Relações Sociais (63,30%;  $\bar{x}$  = 14,13;  $s$  = 2,69 e  $CV$  = 19,02) e com menor, Meio Ambiente (55,37%;  $\bar{x}$  = 12,86;  $s$  = 2,72 e  $CV$  = 21,19). E, para pacientes que fizeram TR (56,17%;  $\bar{x}$  = 12,99;  $s$  = 1,89 e  $CV$  = 14,55), o domínio com maior percentual foi Psicológico (61,32%;  $\bar{x}$  = 13,81;  $s$  = 2,36 e  $CV$  = 17,07) e com menor, Meio Ambiente (47,66%;  $\bar{x}$  = 11,63;  $s$  = 2,05 e  $CV$  = 17,67).

Os dados mostram que a QV dos avaliados (total da amostra e modalidades de tratamento: DP, HD e TR) foi ligeiramente superior à média estabelecida para a linha de corte do instrumento em todos os domínios (exceto Meio Ambiente), e para a qualidade de vida global e percepção geral de saúde. Pesquisa de Rusa et al. (2004) observa escores médios, obtidos pelos respondentes, mais elevados nos domínios ‘psicológico’ e ‘relações sociais’, enquanto o domínio ‘físico’ obteve pontuação média mais baixa, resultado semelhante aos achados no presente estudo.

Os escores mais baixos, referentes aos domínios meio ambiente e físico, podem demonstrar que as consequências orgânicas da doença e o tratamento têm repercussões na vida em geral, influenciando áreas de lazer, trabalho e financeira, com diminuição da QV. Entretanto, faz-se importante ressaltar que o modo como cada paciente vive e se relaciona com a doença renal crônica é único e pessoal, já que dependem de vários fatores como o perfil psicológico, as condições ambientais, sociais e o apoio familiar (Santos et al., 2015).

Considerando especificamente o domínio físico como um dos que evidenciaram maior comprometimento neste estudo (com exceção aos TR que tiveram o segundo melhor desempenho para este), foram encontradas pesquisas também com a população renal crônica, que verificaram a menor pontuação média para este domínio (Anees, Hameed, Mumtaz, Ibrahim e Khan, 2011; Lucchetti, Almeida e Lucchetti, 2012; Rusa et al., 2014), o que pode reafirmar os aspectos prejudiciais da DRC e das rotinas impostas ao paciente, em relação ao seu bem-estar e saúde física.

Estes resultados podem refletir expressões apresentadas pelos pacientes, principalmente quando expunham dores, desconfortos, rotina dos tratamentos, controle de ingestão de líquido e outras intervenções:



“... quando o médico falou que meu rim não funcionava mais e ia ter que fazer isso: aponta para a máquina, fiquei sem saber o que fazer... e já passou sete anos e to aqui... sem graça mais prá nada... sem trabalho... sem poder sair para lugar nenhum...” (P44).

“... a vida da gente vira de ponta à cabeça. Parei de trabalhar... agora vivo do que o governo dá... é muito pouco... adoro futebol: antes jogava quinta e domingo... tinha os amigos... ‘as famílias se conhecia’... era bom. Hoje não faço mais nada... só TV enjoa...” (P67).

“... a gente vai tocando a vida: tive de ‘pará’ de ‘trabaiá’... eu sustentava a casa e agora a muié tem que ‘fazê’ faxina nas casa, tudo ‘mudô’...” (P83).

Parece ainda não existir consenso na literatura atual sobre qual modalidade oferece a melhor QV, além disso, as TRS são dinâmicas e mudam ao longo do tempo. Portanto, as vantagens que uma modalidade pode oferecer sobre a outra podem ser mais ou menos importantes de acordo com as prioridades de cada paciente (Morais & Ribeiro, 2015).

#### **d) Estratégias de Enfrentamento**

Resultados demonstrados na Tabela 6, provenientes da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas - EMEP indicam que para a totalidade da amostra a maior média foi no modo de enfrentamento com Foco na Emoção ( $\bar{x} = 3,23$ ), seguida pela estratégia Foco no Problema ( $\bar{x} = 2,96$ ), Suporte Social ( $\bar{x} = 2,43$ ), e a menor foi para Prática Religiosa com média de 1,94. Especificando os resultados, foram verificados que para cada modalidade de tratamento, este mesmo fator - enfrentamento focado na Emoção - manteve-se com maior média: DP ( $\bar{x} = 2,87$ ), HD ( $\bar{x} = 3,44$ ) e TR ( $\bar{x} = 2,99$ ).

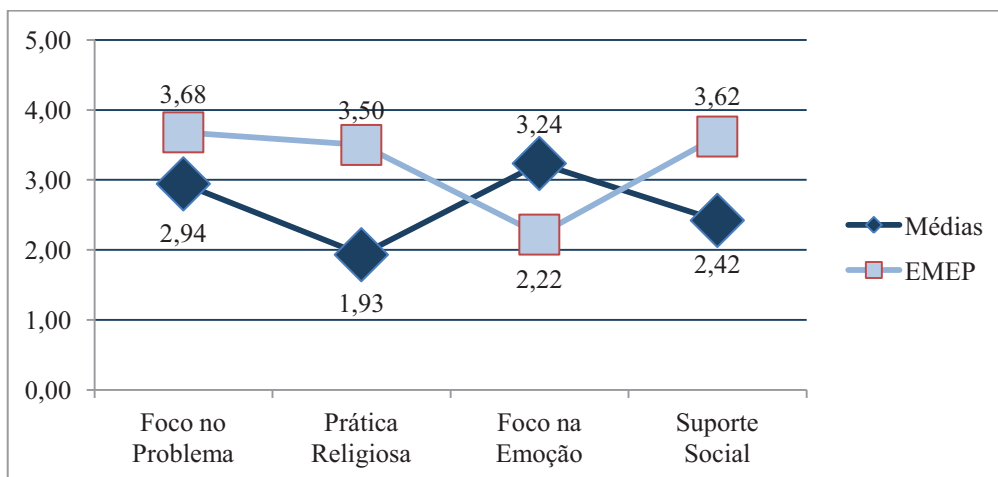
Tabela 6: Resultados do EMEP por média, mediana e desvio padrão, considerando o total da amostra e as modalidades de tratamento.

Modalidade / Características	Total (n = 174)			DP (n = 15)			HD (n = 99)			TR (n = 60)		
	$\bar{X}$	$M_d$	s	$\bar{X}$	$M_d$	s	$\bar{X}$	$M_d$	s	$\bar{X}$	$M_d$	s
F1- Foco no Problema	2,96	3,11	0,79	2,20	1,94	0,75	3,09	3,22	0,80	2,92	3,06	0,66
F2 - Prática Religiosa	1,94	1,87	0,50	1,85	1,87	0,35	2,10	2,00	0,52	1,70	1,60	0,40
F3 - Foco na Emoção	3,23	3,29	0,80	2,87	2,71	0,69	3,44	3,57	0,82	2,99	3,00	0,70
F4 - Suporte Social	2,43	2,40	0,78	1,92	2,00	0,81	2,57	2,60	0,78	2,33	2,20	0,70

( $\bar{X}$  =Média;  $M_d$ = Mediana s = Desvio Padrão)

Resultados do perfil encontrado na análise fatorial do EMEP apontam que a média padrão foi de: ‘estratégias focadas no problema’ (3,68); ‘focadas na emoção’ (2,22); voltadas para ‘práticas religiosas’ (3,50) e para ‘busca de suporte social’ (3,62) (Seidl, Troccoli e Zannon, 2001). Deve-se considerar que para a construção e validação do instrumento em questão, foi utilizada, como base, uma população distinta dos pacientes renais crônicos, condição que não invalida os achados do presente estudo, ainda que estes não tenham sido compatíveis com as médias apontadas pelo EMEP.

Figura 3: Comparação dos fatores de estratégias de enfrentamento do presente estudo com médias do EMEP.



No presente trabalho, foram identificados esforços cognitivos, emocionais e comportamentais para lidar com situações estressoras, porém parte expressiva dos respondentes apresentou prejuízos no enfrentamento, enquanto que outra demonstrou formas mais adequadas para lidar com a condição que se encontram, conforme se seguem:

“... quando recebi o diagnóstico... aí era o fim! Foi muito difícil... ainda é... Tento fazer ‘as coisa’ direito, mas vai passando o tempo e não melhora... aí não aguento, me dá uma revolta... bebo água à vontade, igual à todo mundo, na hora que dá vontade... azá!...” (P71).

“... juro que tento pensá em outras coisas... meus netinhos... mas prá que tanto provação? Pelo menos nos fim de semana, bebo e como à vontade... chega segunda, eles ‘tira’ meu peso... é assim que eu faço.” (P05).

“... acho que não quero mais conversar, encontrar com os vizinhos, melhor ficar quieta, no meu canto....” (P32).

“... Uma coisa que tenho dentro de mim: parece que fiquei devendo, me culpo, no começo era culpa só do médico, aí depois vi que a culpa era minha também...” (P111).

“... fico sonhando e acredito que todo esse pesadelo um dia vai passar!” (P92).

“... é tudo como você vê as coisas: antes tudo era motivo prá eu me ‘enfiar debaixo da cama’... hoje, eu levanto fazendo planos, e faço o que der e o que consigo, se fica prá traz, não fico cobrando!” (P129).

“... estou vendo as coisas diferentes agora... me sentia inferior, que não prestava prá mais nada... hoje sei que não dou conta de tudo, mas vou fazendo devagar o que consigo. E assim vai...” (P41).

Pesquisa realizada com pacientes transplantados renais (Ravagnani, Domingos & Miyazaki, 2007), observou tendência similar ao resultado encontrado no presente trabalho, com enfrentamento focado na emoção, considerando condições vivenciadas pelo renal crônico, em que pouco ou nada podem fazer para mudar a situação que se encontram, ou quando os seus recursos são avaliados como insuficientes para atender a demanda estressante a que estão sujeitos.

Silva et al. (2016), em avaliação com pacientes em tratamento hemodialítico, revelou que estes utilizaram múltiplas estratégias, que estavam baseadas tanto no problema, como na emoção. Neste, também similar ao resultado aqui encontrado, o enfrentamento destacou-se como meio para se encarar as dificuldades da DRC e como uma forma de adaptação psicológica às mudanças do cotidiano com o tratamento (Marques, Botelho, Marcon & Pupulim, 2014).

Segundo Seidl, Troccoli e Zannon (2001), as respostas ou estratégias de enfrentamento têm sido classificadas em duas categorias, conforme suas funções: enfrentamento focalizado no problema (a pessoa se baseia no manejo ou na modificação do problema ou no agente estressor, numa tentativa de controlar ou lidar com a ameaça, dano ou desafio, sendo, em geral, estratégias ativas de aproximação como solução de problemas e planejamento) e enfrentamento focalizado na emoção (a pessoa tem como orientação principal, a regulação da resposta emocional causada pelo problema/estressor; podendo representar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte estressora, como negação ou esquiva).

De acordo com o resultado da presente pesquisa, bem como literatura encontrada, os modos de enfrentamento focados na emoção também podem incluir reações negativas como raiva ou tensão, pensamentos fantasiosos e irrealistas voltados para a solução mágica do problema e reações de culpabilização de outra pessoa ou de si próprio (Nunes, Rios, Magalhães & Costa, 2013), podem ainda estar associados à uma piora na saúde mental com conseqüente queda na qualidade de vida (Lira, Avelar, e Bueno, 2015).

O enfrentamento de estressores, quando não adaptativo, leva o paciente a prejuízo funcional e emocional. Muitas das estratégias manifestadas requerem intervenções para se tornarem enfrentamentos mais funcionais, no intuito de atingir a

eficácia adaptativa, que corresponde ao resultado final (englobando a qualidade de toda e qualquer resposta para a solução / enfrentamento adequado do problema) (Santos, 2013), frente às exigências do tratamento, especificidades de cada modalidade e características individuais.

### e) Questões Ligadas à Espiritualidade, Religião e/ou Crenças Pessoais

Observam-se na Tabela 7, os escores médios obtidos pelos respondentes no WHOQOL-SRPB, com 32 itens distribuídos em oito facetas e um índice geral do domínio. O escore médio final por faceta e global pode variar de 1 a 5, sendo que quanto maior o escore, melhor é a QV do indivíduo avaliado (Panzini, Maganha, Rocha, Bandeira e Fleck, 2011; Rusaet al., 2014).

Tabela 7: Resultados de questões ligadas à espiritualidade, religião e/ou crenças pessoais (WHOQOL-SRPB) por média, desvio padrão e coeficiente de variação, considerando as modalidades de tratamento.

MODALIDADE FACETA	DP			HD			TR		
	$\bar{x}$	s	CV	$\bar{x}$	s	CV	$\bar{x}$	s	CV
Conexão com o ser ou força espiritual	3,03	1,07	0,35	3,40	1,06	0,31	3,48	0,71	0,20
Sentido na vida	3,18	1,17	0,37	3,53	0,92	0,26	3,70	0,74	0,20
Admiração	2,42	0,67	0,28	3,28	0,86	0,26	3,01	0,82	0,27
Totalidade e integração	1,83	1,08	0,59	3,06	1,11	0,36	2,77	1,22	0,44
Força espiritual	3,13	1,14	0,36	3,52	0,99	0,28	3,65	0,72	0,20
Paz interior	2,90	0,83	0,29	3,45	0,89	0,26	3,51	0,74	0,21
Esperança e otimismo	2,58	0,82	0,32	3,39	0,87	0,26	3,49	0,66	0,19
Fé	3,37	1,10	0,33	3,72	1,03	0,28	3,81	0,81	0,21
<b>DOMÍNIO</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>s</b>	<b>CV</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>s</b>	<b>CV</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>s</b>	<b>CV</b>
Aspectos espirituais/ religião/ crenças pessoais	2,81	0,90	0,32	3,42	0,83	0,24	3,43	0,73	0,21

( $\bar{x}$  = Média; s = Desvio Padrão CV = Coeficiente de Variação)

A faceta melhor pontuada nas três modalidades foi 'Fé': DP ( $\bar{x}$  = 3,37; s = 1,10; CV = 0,33), HD ( $\bar{x}$  = 3,72; s = 1,03; CV = 0,28) e TR ( $\bar{x}$  = 3,81; s = 0,81; CV = 0,21),

seguida pela ‘Sentido na vida’: DP ( $\bar{X} = 3,18$ ;  $s = 1,17$ ;  $CV= 0,37$ ), HD ( $\bar{X} = 3,53$ ;  $s = 0,92$ ;  $CV= 0,26$ ) e TR ( $\bar{X} = 3,70$ ;  $s = 0,74$ ;  $CV= 0,21$ ). ‘Totalidade e Integração’, foi a faceta com menor pontuação: DP ( $\bar{X} = 1,83$ ;  $s = 1,08$ ;  $CV= 0,59$ ), HD ( $\bar{X} = 3,06$ ;  $s = 1,11$ ;  $CV= 3,06$ ) e TR ( $\bar{X} = 2,77$ ;  $s = 1,22$ ;  $CV= 0,44$ ), também nas três modalidades.

Considerando o item final deste instrumento, domínio ‘Aspectos espirituais, religião, crenças pessoais’, os dados demonstram que o melhor desempenho foi para a modalidade TR ( $\bar{X} = 3,43$ ;  $s = 0,73$ ;  $CV= 0,21$ ), seguida por HD ( $\bar{X} = 3,42$ ;  $s = 0,83$ ;  $CV= 0,24$ ) e por último DP ( $\bar{X} = 2,81$ ;  $s = 0,90$ ;  $CV= 0,32$ ).

Rusa, et al. (2014), numa pesquisa com a mesma população deste estudo, obteve escores elevados, tanto nas oito facetas (acima de 4,00), como no domínio global (4,18), sinalizando boa QV, especificamente nas questões referentes à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Outros autores (Chaves, et al., 2015), concluíram que pacientes renais crônicos com maior nível de espiritualidade utilizam da fé e da religião para encontrar apoio e alívio em sua dor.

De acordo com a interpretação do instrumento WHOQOL-SRPB, a faceta ‘Fé’ significa o quanto a fé conforta e fortalece o dia-a-dia do indivíduo, melhorando o seu bem-estar e a forma com a qual este aproveita a vida; ‘Sentido na vida’ constitui o nível com o qual o indivíduo enxerga um sentido em sua vida (Pedroso, Gutierrez & Picinin, 2012).

Assim como as Facetas, os resultados aproximados entre os respondentes do estudo sugerem que, o domínio ‘Aspectos espirituais, religião, crenças pessoais’ pode funcionar como uma estratégia para se conseguir lidar com os problemas, dando significado ao comportamento humano, conforme já mencionado por Fleck e Skevington (2007).

Panzini, Maganha, Rocha, Bandeira e Fleck (2011), no artigo de validação deste instrumento, consideram a hipótese de que, mesmo que a condição de estar doente não modifique substancialmente, o indivíduo pode utilizar a fé - o maior emprego da espiritualidade, a fim de manejar o estresse da doença, conforme comentários dos participantes, a seguir:

“... acho que é um jeito que Deus achou para por à prova minha fé. Passar por tudo isso é difícil, mas eu aceito, pois sei que a vontade d’Ele... e n’Ele eu descarrego todas as minhas angústias, meus medos e me fortaleço.” (P201).

“... sem fé a gente não é nada! Se não fosse pela minha fé no meu Deus que me carrega... não sei se ainda estaria nessa luta. É uma luta de fé!...” (P123).

“... aí eu agarrei o evangelho... com a doença entrei para a igreja... a religião me ajuda... naqueles momentos que dá vontade de acabar com tudo, Deus me dá tranquilidade, me abrandando meu coração...” (P2).

“... perdi minha saúde, mas ainda estou viva. Tenho muita fé... muita esperança que Ele vai me curar e aí vou ser feliz... voltar a viver de novo... Eu acredito que vou ser curada!” (P165).

“Eu acredito em Deus, confio nele, e vocês aqui que são os anjos na terra, isso aí é Deus que dá, se eu mereço esse castigo, ele envia esses anjos para me cuidar...” (P113).

Os dados demonstram ainda que dentre as facetas, a menor pontuada pela amostra nas três modalidades, foi ‘Totalidade e integração’ que corresponde ao sentimento de equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma, de forma a criar harmonia entre as ações, pensamentos e sentimentos do indivíduo (Pedroso, Gutierrez & Picinin, 2012). Tais resultados corroboram a prática clínica dos pesquisadores do presente estudo que verificam parcela expressiva dos pacientes com dificuldades para estabelecer relação de equilíbrio harmônico entre corpo e mente. As frases indicadas adiante caracterizam estes sentimentos:

“... como posso ter equilíbrio da minha alma com o meu corpo: tenho fé e isso me faz bem, mas meu corpo ’tá estragado...” (P38).

“... eu até queria viver de acordo com o que eu acredito, no meu Deus que me ilumina e me fortalece, mas só quem passa por isso, por tanto tempo, sabe o que é depender de uma máquina.” (P71).

A relação entre espiritualidade, aspectos da QV e doenças crônicas, dentre elas a DRC, têm sido significativamente pesquisada nos últimos anos. Evidências sugerem que o bem-estar espiritual remete correlação com a forma que o paciente lida com cansaço, angústia, tristeza, entre outras questões ligadas às opções de tratamento. A espiritualidade pode afetar estilos de enfrentamento, bem como percepções de controle; além disso, sua prática pode proporcionar aos pacientes, rede de apoio social que promove e sustenta o bem-estar emocional e psicológico (Kandasamy, Chaturvedi, & Desai, 2011; Fradelos et al., 2015).

Outro estudo afirma que crenças e práticas espirituais podem ser recursos importantes para a resolução positiva diante da cronicidade da doença e contribuir para a saúde mental dos pacientes (Sodhi, 2013). Com o diagnóstico da DRC, muitas vezes a pessoas são levadas a mudar a forma como encaram sua vida, o mundo, eles mesmos e o futuro; assim a espiritualidade é um domínio potencial significativo para um enfrentamento bem sucedido (Davison & Jhangri, 2010a; Davison & Jhangri, 2010b; Gerogianni, 2014; Fradelos et al., 2015).



## CONCLUSÃO

Os principais resultados sociodemográficos da presente pesquisa demonstram que a faixa etária para parcela expressiva do total da amostra estudada foi de 41 a 70 anos, compatível com a literatura. Pacientes em DP atingiram idades acima de 60 anos. Com relação ao gênero, houve maior percentual do sexo masculino, dados compatíveis com estudos na área e da SBN, exceto para pacientes em HD, com maior concentração para o sexo feminino.

Houve predomínio para a religião católica, seguida pela evangélica; escolaridade, ensino fundamental incompleto; estado civil, casados e ocupação de aposentados, seguidos de 'encostados'. Para a renda familiar, maior concentração de respondentes indicou até três SM, compatível com outros estudos e condizente às condições limitantes do tratamento.

Na sua quase totalidade, os participantes residem em área urbana, com parcela significativa na cidade ou em municípios de até 150 km, onde foi realizado o estudo. Pacientes transplantados são geralmente procedentes de regiões mais distantes, sendo alguns destes provenientes também de outros estados do país.

Parcela expressiva dos avaliados mora com seu cônjuge ou com seu cônjuge e filhos. Quase metade da amostra total negou atividades de lazer, com prejuízo maior para aqueles em DP, dados compatíveis com a literatura. A maior parte de todos os respondentes negou etilismo, tabagismo e/ou uso de drogas ilícitas, em conformidade com estudos da área.

Parte significativa dos avaliados referiu ter recebido o diagnóstico da IRC há mais de dez anos, com predominância para os TR. Outra parcela de todos os pacientes apontou ter sido informada num período entre um a cinco anos.

Dados provenientes dos prontuários eletrônicos indicam que as principais doenças de base e as comorbidades para amostra estudada foram HAS e DM, compatíveis com a literatura da área.

Pouco mais da metade dos respondentes estiveram hospitalizados no último ano que antecedeu à pesquisa, e a maior parte utiliza do sistema público como mantenedor de seu tratamento de saúde, compatível com dados de literatura.

Os dados demonstram que quantidade significativa de todos os avaliados apresentam sintomas clínicos de ansiedade e depressão, resultados maiores do que os encontrados na literatura para esta população e para a população em geral.

Para a qualidade de vida, foram verificados resultados ligeiramente acima da média, considerando a escala analógica do instrumento que varia de 0 a 100, tanto para os domínios quanto para a condição geral de saúde. Os melhores desempenhos foram para os domínios ‘psicológico’ e ‘relações sociais’, enquanto os piores estiveram para os domínios ‘físico’ e ‘meio ambiente’.

Com relação às modalidades de tratamento, o domínio ‘relações sociais’ obteve o melhor desempenho para os grupos em DP e em HD, já para os TR, o domínio com maior sucesso foi o ‘psicológico’. Com piores resultados, o domínio ‘meio ambiente’ para HD e TR, enquanto que o domínio ‘físico’ esteve ruim para os pacientes em DP. Prejuízos nestes domínios podem demonstrar que as consequências orgânicas da doença e o tratamento têm repercussão na vida geral e na QV dos pacientes.

Resultados demonstram que referente às estratégias de enfrentamento, para o total da amostra, as maiores médias estiveram para Foco na Emoção, seguida por Foco no Problema e Suporte Social e a menor médias foi para Práticas Religiosas, dados não compatíveis com as médias apresentadas pelo instrumento EMEP, porém compatíveis com a literatura pertinente. Parte expressiva dos respondentes apresentou prejuízo no

enfrentamento enquanto que outra demonstra formas cognitivas, emocionais e comportamentais para lidar com a condição que se encontram.

Com relação às questões ligadas à espiritualidade, religião e/ou crenças pessoais, os dados demonstram que, para as três modalidades de tratamento, a faceta melhor pontuada foi 'Fé', seguida por 'Sentido na 'Vida'', enquanto que a pior foi 'Totalidade e Integração'. Para o domínio, o grupo com melhor desempenho foi TR, e o pior DP.

Os dados indicam que parcela expressiva dos pacientes apresentou dificuldades para estabelecer equilíbrio harmônico entre corpo e mente. A relação entre questões ligadas à espiritualidade, religião e/ou crenças pessoais têm sido significativamente pesquisada nos últimos anos e podem afetar estilos de enfrentamento e percepção de controle. Sua prática pode proporcionar rede de apoio social que promove o bem-estar psicológico aos pacientes.

**REFERENCIAS**

- Anees, M., Hameed, F., Mumtaz, A., Ibrahim, M. & Saeed, K. (2011). Dialysis-related factors affecting quality of life in patients on hemodialysis. *Iran J Kidney Dis*, 5(1):9-14.
- Almeida, A. L. M. (2015). *Declínio cognitivo na doença renal crônica (DRC): influências da deficiência de ferro*. (Dissertação de Mestrado). UFJF. Juiz de Fora / MG.
- Andrade, S. V., Sesso, R., & Diniz, D. H. M. P. (2015). Desesperança, ideação suicida e depressão em pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise ou transplante. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 37(1), 55-63. Retirado de: <https://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150009>
- Barretos, F. C., et al. (2014). Em busca de uma melhor compreensão da doença renal crônica: uma atualização em toxinas urêmicas. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 36(2), 221-235. <https://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20140033>
- Bastos, M. G., & Kirsztajn, G. M. (2011). Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 33(1). Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000100013>
- Besier, T. & Goldbeck, L. (2011). Anxiety and depression in adolescents with Cystic Fibrosis and their caregivers. *Journal of Cystic Fibrosis*, 10(6), 435-442.
- Beto, J. A., Schury, K. A., & Bansal, V. K. (2016). Strategies to promote adherence to nutritional advice in patients with chronic kidney disease: a narrative review and commentary. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 9, 21-33. Retirado de: <http://doi.org/10.2147/IJNRD.S76831>

- Boing, A. F., et al. (2012). Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Revista de Saúde Pública*, 46(4), 617-623. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000044>
- Borges, D. C. S., et al. (2016). The social network and support of kidney transplants. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4), e59519. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.59519>
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr, C. & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 359-63.
- Branco, J. M. A. (2013). *Cuidado familiar em diálise peritoneal: Proposta de tecnologia de processo de cuidar no domicílio* (Tese de doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro. Retirado de: <http://objdig.ufrj.br/51/teses/801067.pdf>
- Branco, L. M. (2014). *Graduandos e residentes de medicina e enfermagem: consumo de álcool, depressão, ansiedade, estresse e enfrentamento* (Tese de Doutorado). FAMERP, São José do Rio Preto/SP.
- Brito, D. J. A., & Salgado Filho, N. (2014). Doença renal em grupos minoritários UNASUS/UFMA. Retirado de: [file:///C:/Users/32237/Downloads/modulo\\_3\\_unidade\\_3.pdf](file:///C:/Users/32237/Downloads/modulo_3_unidade_3.pdf)
- Cabral, L. C. (2013). A percepção dos pacientes hemodialíticos frente à fístula arteriovenosa. *R. Interd*, 6(2), 15-25.
- Chaves, E. C. L., et al. (2015). Associação entre Bem-Estar Espiritual e Autoestima em Pessoas com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(4), p.737-743.

- Cheawchanwattana, A., Chunlertrith, D., Saisunantararom, W., & Pratheepawanit, N. (2015). Does the Spiritual Well-Being of Chronic Hemodialysis Patients Differ from that of Pre-dialysis Chronic Kidney Disease Patients? *Religions*, 6, 14-23. doi: 10.3390/rel6010014
- Coelho, C. C., & Costa, M. C. G. (2015). *Perfil físico e emocional dos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise no hospital regional de Araranguá-SC*. (Trabalho de conclusão graduação em Fisioterapia). UFSC, Santa Catarina.
- Coitinho, D., et al. (2015). Intercorrências em hemodiálise e avaliação da saúde de pacientes renais crônicos. *Avances em Enfermería*, 33(3), 362-371. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.38016>
- Costa, F. G., Coutinho, M. P. L., Melo, J. R. F., & Oliveira, M. X. (2014). Rastreamento da depressão no contexto da insuficiência renal crônica. *Revista Temas em Psicologia*, 22(2), 445-455.
- Coutinho, N. P. S., & Tavares, M. C. H. (2011). Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. *Caderno Saúde Coletiva*, 19(2), 232-239.
- Coutinho, M. P. L., & Costa, F. G. (2015). Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 449-459.
- Davison, S. N. & Jhangri, G.S. (2010a). Existential and religious dimensions of spirituality and their relationship with health-related quality of life in chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol*, 5(11): 1969-76. doi:10.2215/CJN.01890310.
- Davison, S. N. & Jhangri, G.S. (2010b). Existential and supportive care needs among patients with chronic kidney disease. *J Pain Symptom Manag*, 40(6):838-43. doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.03.015

- Draibe, S. A. (2014). Panorama da doença renal crônica no Brasil e no mundo. Retirado de: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2028>
- Duarte, P. S., Miyazaki, M. C. O. S., Ciconelli, R. M., & Sesso, R. (2003). Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF<sup>TM</sup>). *Rev Assoc Med Bras*, 49(4), 375-81.
- Fayer, A. A. M. (2010). *Repercussões psicológicas da doença renal crônica: comparação entre pacientes que iniciam o tratamento hemodialítico após ou sem seguimento nefrológico prévio* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo-SP.
- Fernandes, N. M. S. (2016). Doença renal crônica e qualidade de vida. Retirado de: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2028>
- Ferreira, E. M., et al. (2011). Stress e coping em pacientes hemodialíticos: implicações na qualidade de vida. *Revista Contexto & Saúde*, 10(20), 1375-80.
- Ferreira, V. M. A. P. & Gorayeb, R., (2015). Atuação do psicólogo hospitalar em nefrologia: aspectos emocionais de pacientes renais crônicos e transplantados. In: Gorayeb, R., et al. (Orgs.). *A prática da psicologia no ambiente hospitalar* (pp. 311-50). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Finger, G., et al. (2011). Sintomas depressivos e suas características em pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, 55(4), 333-38.
- Finnegan, J. F. & Thomas, V. J. (2013). The Psychosocial Experience of Patients with End-Stage Renal Disease and Its Impact on Quality of Life: Findings from a Needs Assessment to Shape a Service. *ISRN Nephrology* (8pages).
- Fleck, M. P. A., et al. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde*

*Pública*, 34(2), 178-83. Retirado de: file:///C:/Users/32237/Downloads/25001-28711-1-PB.pdf

Fleck, M. P. A., Borges, Z. N., Bolognesi, G. & Rocha, N. S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 446-455. Retirado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000400009>

Fleck, M. P. & Skevington, S. (2007). Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34(1), 146-149. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700018>

Fontoura, F. A. P. (2012). *A compreensão de vida de pacientes submetidos ao transplante renal: significados, vivências e qualidade de vida* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS.

Fradelos, E. C., et al. (2015). Integrating chronic kidney disease patient's spirituality in their care: health benefits and research perspectives. *MateriaSocio-Medica*, 27(5), 354-358. [doi.org/10.5455/msm.2015.27.354-358](https://doi.org/10.5455/msm.2015.27.354-358)

Franco, M. R. G., & Fernandes, N. M. S. (2013). Diálise no paciente idoso: um desafio do século XXI - revisão narrativa. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 35(2), 132-141. <https://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20130022>

Garcia, T., Veiga, J. P. R., & Motta, L. O. C. (2010). Comportamento depressivo e má qualidade de vida em homens com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(4), 369-374.

Gerogianni, S., et al. (2014). Concerns of patients on dialysis: *A Research Study'Health Science Journal*, 8(4): 423-37.



- Gesualdo, G. D. M. et. al. (2017). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(2), e05600015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005600015>
- Gimenes, M. G. G. & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs). *A mulher e o câncer* (pp. 171-195). Campinas: Editorial Psy.
- Global Kidney Disease. (2015). Global facts: about kidney disease. Retirado de: <https://www.kidney.org/kidneydisease/global-facts-about-kidney-disease>
- Griva, K., et al. (2014). Non-Adherence in Patients on Peritoneal Dialysis: A Systematic Review. *PLOS-One*. Retirado de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089001>
- Guidelines (2005). Guidelines for the psychological management of chronic kidney disease patients (for the Psychologist). *Indian J Nephrol*, 05(1), 103-08. Retirado de: <http://medind.nic.in/iav/t05/s1/iavt05s1p99.pdf>
- Guzzo, F., Böing, E. & Nardi, A. L. (2017). Da paralisação dos rins ao movimento da vida: percepções de pessoas em tratamento de hemodiálise. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 23(1), 22-31. Retirado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672017000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672017000100004&lng=pt&tlng=pt).
- Hill, N. R., Fatoba, S. T., Oke, J. L., Hisrt, J. A., Callaghan, C. A. O. Lasserson, D. S. & Hobbs, F. D. R. (2016). Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOSOne*, 11(7): e0158765. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765>
- IBGE (2014). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Doença Renal Crônica. Retirado de: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisas.php>
- Ibiapina et al. (2016). Aspectos psicossociais do paciente renal crônico em terapia hemodialítica. *SANARE*, 15(01), 25-31.

- Jablonski, K. L., & Chonchol, M. (2014). Recent advances in the management of hemodialysis patients: a focus on cardiovascular disease. *Prime Reports*, 6(72). Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4126528>
- Jerez Cevallos, A. C. (2012). Alteraciones psicológicas frecuentes en pacientes com insuficiencia renal crónica Del servicio de nefrología del hospital IESS de La ciudad Ambato. Retirado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/2134>
- Kandasamy, A., Chaturvedi, S. K., & Desai, G. (2011). Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian Journal of Câncer*. 48(1), 55-59. doi: 10.4103/0019-509X.75828
- Kaptein, A. A. et al. (2010). Behavioral research in patients with end-stage renal disease: A review and research agenda. *Patient Education and Counseling*, 81(1), 23-29. doi: 10.1016/j.pec.2009.10.031
- KDIGO. (2012). Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. "Chapter 1: Definition and classification of CKD". *Kidney Int*, (Suppl. 3), 19-62. doi:10.1038/kisup.2012.64
- KDIGO. (2013). Kidney Disease Improving Global Outcomes KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney diseases. Retirado de: [http://www.kdigo.org/clinical\\_practice\\_guidelines/pdf/CKD/KDIGO\\_2012\\_CKD\\_GL.pdf](http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf)
- Kirchner, R. M., Machado, R. F., Löbler, L. & Stumm, E. F. S. (2011). Análise do estilo de vida de renais crônicos em hemodiálise. *O mundo da saúde*, 35(4), 415-421.
- Kirsztajn, G. M., et al. (2014). Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 36(1), 63-73. doi.org/10.5935/0101-2800.20140012

- Kirsztajn, G. M., & Valente, L. M. (2014). Diagnóstico e intervenções para retardar a progressão da doença renal crônica em hipertensos e diabéticos. Retirado de: [http://file:///C:/Users/32237/Downloads/livro\\_unidade%202.pdf](http://file:///C:/Users/32237/Downloads/livro_unidade%202.pdf)
- Koelzer, L. P. L. (2015). *Representações Sociais da doença renal crônica e da hemodiálise e sua relação com a qualidade de vida* (Dissertação de mestrado). UFSC. Florianópolis, SC. Retirado de: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/133234>
- Kokoszka, A., et al. (2016). Prevalence of depressive and anxiety disorders in dialysis patients with chronic kidney disease. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 8–13. doi: 10.12740/APP/61977
- Lee, Y. J., Kim, M. S., Cho, S. & Kim, S.R. (2013). Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. *Int J Clin Pract.*, 67(4):363-8. doi: 10.1111/ijcp.12020.
- Leite, L. S. (2010). *Características sociodemográficas, clínicas e estratégias de enfrentamento em transplantados renais*. (Trabalho conclusão de aprimoramento em psicologia da saúde). FAMERP/FUNFARME. São José do Rio Preto – SP.
- Lemos, C. F. (2013). *Qualidade de vida em portadores de doença renal crônica na fase pré-dialítica* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, DF. Retirado de: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/14339>
- Lemos, C. F., Rodrigues, M. P., & Veiga, J. R. P. (2015). Family income is associated with quality of life in patients with chronic kidney disease in the pre-dialysis phase: a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1).doi: 10.1186/s12955-015-0390-6
- Lira, C. L. O. B., Avelar, T. C. & Bueno, J. M. M. H. (2015). Coping e Qualidade de Vida de pacientes em hemodiálise. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 6(1),

82-99. Retirado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2336-64072015000100007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2336-64072015000100007&lng=pt&tlng=pt).

- Liyanage, T., et al. (2015). Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. *The Lancet*, 385(9981), 1975-82.
- Lopes, J. M., Fukushima, R. L., Inouye, K., Pavarini, S. C., & Orlandi, F.S. (2014). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. *Acta Paul Enferm*, 27(3), 230-6. doi: 10.1590/1982-0194201400039
- Losso, A. R., Zimmermann, K. G., Ceretta, L. B., Salvaro, M. S., & Rosa, P. C. (2014). Psicoeducação para pacientes diabéticos em tratamento com insulina. Retirado de: <file:///G:/textos/psicoeduca%C3%A7ao%20pactes%20diabeticos%202014.pdf>
- Lozano, R., et al. (2013). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2095-128. Retirado de: <http://goo.gl/H56GcC>
- Lucchetti, G., Almeida, L. G., & Granero, A. L. (2010). Espiritualidade no paciente em diálise: O nefrologista deve abordar. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 32(1), 126-30.
- Lucchetti, G., Almeida, L.G., & Lucchetti, A.L. (2012). Religiousness, mental health, and quality of life in Brazilian dialysis patients. *Hemodial Int.*,16(1):89-94. doi: 10.1111/j.1542-4758.2011.00623.x.
- Machado, G. R. G. & Pinhati, F. R. (2014). Tratamento de diálise em pacientes com Insuficiência Renal Crônica. *Cadernos UniFOA*, 9(26), 137-48.
- Maragno, F., et al. (2012). A hemodiálise no cotidiano dos pacientes renais crônicos. *Revista Inova Saúde*, 1(1), 16-30. doi: 10.18616/is.v1i1.817.%25p
- Marques, F. R. B., Botelho, M. R., Marcon, S. S., & Pupulim, J. S. L. (2014). Estratégias de coping utilizadas por familiares de indivíduos em tratamento

- hemodialítico. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(4), 915-24. Retirado de <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002220011>
- Ministério da Saúde. (2013). *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília, DF. Retirado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoas\\_doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoas_doencas_cronicas.pdf)
- Ministério da Saúde. (2014). Doenças crônicas. Retirado de: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com.content&view&view=article&id=11371&Itemid=697>
- Moraes, T. P. & Ribeiro, S. C. (2015). Modalidade de diálise e qualidade de vida. *J Bras Nefrol*, 37(3), 289-90. doi: 10.5935/0101-2800.20150047
- Moreira, J. M., et al. (2014). Transtornos neuropsiquiátricos e doenças renais: uma atualização. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 36(3), 396-400. doi: 10.5935/0101-2800.20140056
- Moreira, M. C. N., Gomes, R., & Sá, M. R. C. (2014). Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(7), 2083-2094. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.20122013>
- Moura Neto, J. A., et. al. (2014). Modalidade de terapia renal substitutiva como preditora de sintomas depressivos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 354-359. <https://dx.doi.org/10.1590/0047-20850000000045>
- Navarrete, S. S. & Slomka, L. (2014). Aspectos emocionais e psicossociais em pacientes. *Revista da Sociedade de Psicologia. RS*, 14(1), 58-65.
- Nifa, S. & Rudnicki, T. (2010). Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(1), 64-75.

- Nunes, S., Rios, M., Magalhães, A. & Costa, S. (2013). Ansiedade, depressão e enfrentamento em pacientes internados em um hospital geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(3).
- Nunes, F. A., et al. (2014). Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev. Med. Res.*, 16(1), 18-26.
- Olim, M. S. M. F. (2013). *O impacto da doença renal crônica e tratamento nas dinâmicas familiares do paciente*. Dissertação mestrado. Univ. Cat. Portuguesa. Lisboa – PT.
- Oliveira, M. A., Crepaldi, M., & Leiguez, M. F. C. (2011). A assistência psicológica ao paciente renal crônico. In: *Atenção transdisciplinar ao renal crônico: manual para abordagem de pacientes em tratamento hemodialítico*, 1(77-79). Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, MS.
- Oliveira, M. R., & Junges, J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 469-476. Retirado de: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016>
- OMS (2005). Organização Mundial da Saúde. Preventing Chronic Diseases a vital investments. 1ª.ed. Geneva: 182 p. Retirado de: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/foreword.pdf?ua=1](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf?ua=1)
- OPAS/OMS (2017). Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo. Retirado de: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com.content&view=article.id=5354>
- Ottaviani, A. C., et al. (2016). Associação entre ansiedade e depressão e a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(3) e00650015. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-007072016000650015>

- Panzini, R. G., Maganha, C., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. (2011). Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 153-65. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100018>
- Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions*, 2, 51-76. doi: 10.3390/rel2010051
- Pedroso, B., Gutierrez, G. L. & Picinin, C. T. (2012). Qualidade de vida, espiritualidade, religião e crenças pessoais: análise do instrumento WHOQOL-SRPB. *Rev. Eletrônica FAFIT/FACIC*, 3(01), 01-12.
- Perales-Montilla C. M., García-León A., Reyes-del Paso G. A. (2012). Psychosocial predictors of the quality of life of chronic renal failure patients undergoing haemodialysis. *Spanish Journal of Nephrology*, 32(5), 622-30 doi: 10.3265.
- Portal Brasil (2015). Retirado de: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/03/doenca-renal-cronica-atinge-10-da-populacao-mundial>
- PupialesGuamán, A. M. (2012). *Relación de los factores psicosociales con La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular, atendidos en el área de medicina interna del hospital provincial docente Ambato* (Trabalho de conclusão de graduação de Medicina). UTA, Equador. Retirado de: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/3015?s how=full>
- Ravagnani, L. M. B., Domingos, N. A. M. & Miyazaki, M. C. O. S. (2007). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Revista Estudos de Psicologia*, 12(2), 177-184.

- Ribeiro, C. D. S., Alencar, C. S. M., Feitosa, M. C. D. & Mesquita, M. A. S. B. (2013). Percepção do portador de doença renal crônica sobre o tratamento hemodialítico. *Rev. Interd.*, 6(3), 36-44.
- Riezebos, R. K., Nauta, K. J., Honig, A, Dekker, F. W.& Siegert, C. E. (2010). The association of depressive symptoms with survival in a Dutch cohort of patients with end-stage renal disease. *Nephrol Dial Transplant*, (1):231-6. doi:10.1093/ndt/gfp383
- Rocha, N. S. & Fleck, M. P. A. (2011). Avaliação de qualidade de vida e importância dada à espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Archives of Clinical Psychiatry*, 38(1), 19-23. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000100005>
- Rossi, A. C., Deus, R. B. & Figueiredo, F. M. G. (2011). Transtorno mentais associados aos pacientes com insuficiência renal crônica. In Malagutti, W. & Ferraz, R. R. N. (Orgs.). *Nefrologia: uma abordagem multidisciplinar*. (pp.251-62). Rio de Janeiro: Ed. Rubio.
- Rusa., S. G. et al. (2014). Qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais de adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(6):911-7. DOI:10.1590/0104-1169.3595.2495
- Rudnick, T. (2014). Doença crônica e saúde: enfermos em tratamento de hemodiálise. In Rudnick, T., & Sanchez, M. M. (Orgs.), *Psicologia da Saúde: a prática de terapia cognitivo comportamental em hospital geral* (pp.255-74). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Salgado, C. L., Branco, M. M. M. C. & Machado, P. M. A. (2015). A família no processo de cuidar do paciente com DRC. Retirado de: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2028>



- Santos, et al. (2015). Consequências atribuídas ao transplante renal: técnica dos incidentes críticos. *Texto Contexto Enfermagem*, 24(3), 748-55. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000270014>
- Santos, M. C. (2013). *Eficácia adaptativa, sintomas psicopatológicos e nível de stress em pacientes renais crônicos*. (Dissertação de mestrado). PUC-Campinas - SP.
- Santos, P. R. (2010). Qualidade vida relacionada à saúde entre pacientes de baixa renda em hemodiálise. In J. Cruz (org.). *Atualidades em nefrologia*. (Vol. 11, pp. 428-424). São Paulo: Sarvier.
- SBN (n.d.). Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Tratamentos. Retirado de: <http://www.sbn.org.br>
- SBN (2014). Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de Diálise 2013. Retirado de: [http://www.sbn.org.br/pdf/censo\\_2013-14-05.pdf](http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2013-14-05.pdf)
- SBN (2017). Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de Diálise 2017. Retirado de: <http://www.sbn.org.br/pdf/censo>
- Schmidt, D. R. C., Dantas, R. A. S., & Marziale, M. H. P. (2011). Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. *Rev da Esc Enferm da USP*, 45(2), 487-93. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200026>
- Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. (2011). Diretoria de Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Vigilância Sanitária. Atenção transdisciplinar ao renal crônico: manual para abordagem de pacientes em tratamento hemodialítico – 1. ed. Campo Grande-MS.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 17(3), 225-234

- Silva, A. S. S., Silveira, R. S., Fernandes, G. F. M., Lunardi, V. L. & Backes, V. M. S. (2011). Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev. Bras. Enf.*, 64(5), 839-844. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500006>
- Silva, C. F., Santos, T. R., Barbosa, T. L. A., Silva, C. S. O. & Gomes, L. M. X. (2014). Vivenciando o tratamento hemodialítico pelo portador de insuficiência renal crônica. *Rev. Cubana de Enfermería*. 30(3). Retirado de: <https://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/issue/view/20>
- Silva, F. S. (2015). *Qualidade de vida de doentes renais crônicos sob programa de hemodiálise: revisão integrativa*. (Trabalho de conclusão do curso de Enfermagem). UnB, DF.
- Silva, G., et al. (2015). Percepção de doença renal crônica com relação ao tratamento hemodialítico. *INTESA*, 9(1), 23-30.
- Silva, R. A. R., et al. (2016). Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. *Escola Anna Nery*, 20(1), 147-154. Retirado de: <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160020>
- Silva, G. A. S. & Cavalcante, M. C. V. (2015). Educação em saúde para a promoção da qualidade de vida ao paciente com Doença Renal Crônica. UNA-SUS. Retirado de: <file:///D:/Downloads/Unidade%2002%20-%20M%C3%B3dulo%2008.pdf>
- Silva, G. D., Fernandes, B. D., Silva, F. A., Dias, Y. C. B. Melchior. (2016). Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: análise de fatores associados. *Rev. Bras. de Qualidade de Vida*, 8(3). Retirado de: <http://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv>

- Silveira, W. J. (2014). *“Eu vejo a hemodiálise como meu trabalho”*: saberes e experiências de familiares de pessoas com doença renal crônica (Dissertação de Mestrado). UFJF, MG. Retirado de: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/873>
- Siqueira, D. S., et al. (2015). Perfil de enfrentamento (coping) e qualidade de vida dos pacientes pré e pós-transplante renal. *Rev. Enferm UFPE*, 9(11), 9639-46. doi: 10.5205/reuol.8463-73861-2-SM.0911sup201541
- Siviero, P. C. L., Machado, C. J. & Rodrigues, R. N. (2013). Doença renal crônica: um agravamento de proporções crescentes na população brasileira. UFMG/CEDEPLAR, MG.
- Sodhi, R. M. (2013). Spiritually and mental health among normal and chronic disease group. *International Journal of Research Studies in Psychology*, 2(1), 59-68. doi:10.5861/ijrsp.2012.106
- Sontakke, S., Budania, R., Bajait, C., Jaiswal, K., & Pimpalkhute, S. (2015). Evaluation of adherence to therapy in patients of chronic kidney disease. *Indian Journal of Pharmacology*, 47(6),668-71. Ret de: <http://doi.org/10.4103/0253-7613.169597>
- Souza Júnior, E. A., Trombini, D. S. V., Mendonça, A. R. A. & Atzingen, A. C. V. (2015). Religião no tratamento da doença renal crônica: comparação entre médicos e pacientes. *Revista Bioética*, 23(3), 615-622. Retirado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233098>
- Stasiak, C. E. S., Bazan, K. S., Kuss, R. S., Schuinski, A. F. M., & Baroni, G. (2014). Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 36(3), 325-331.

- Teixeira F. I. R., Lopes M. L. H., Silva G. A. S. & Santos, R. F. (2015). Sobrevida de pacientes em hemodiálise em um hospital universitário. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 37(1), 64-71.
- Temimovic, R., Rasic, S., & Muslimovic, A. (2015). High prevalence of early chronic kidney disease in high risk out patients. *Materia Socio-Medica*, 27(2), 79-82. Retirado de: <http://doi.org/10.5455/msm.2015.27.79-82>
- The Lancet. (2016). Haemodialysis. Retirado de: <http://www.thelancet.com/series/haemodialysis>
- The Whoqol Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (Whoqol): position paper from the World Health Organization. *Social Sci Med*. 41(10), 1403-9.
- USRDS (United States Renal Data System). 2012. *USRDS Annual Data Report*. Retirado de: [http://www.usrds.org/2012/pdf/v2\\_ch1\\_12.pdf](http://www.usrds.org/2012/pdf/v2_ch1_12.pdf)
- Valcanti, C. C., Chaves, E. C. L., Mesquita, A. C., Nogueira, D. A. & Carvalho, E. C. (2012). Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 838-45. doi: 10.1590/S0080-62342012000400008
- Valle, L. S., Souza, V. F., & Ribeiro, A. M. (2013). Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estudos de Psicologia*, 30(1), 131-138.
- Varela L. Vázquez M. I., Bolaños L. & Alonso R. (2011). Psychological predictors for health-related quality of life in patients on peritoneal dialysis. *Nefrologia*, 31(1):97-106. doi: 10.3265/Nefrologia.pre.10279.
- Vivekanand, J. H. A., et al. (2013). Chronic kidney disease: global dimensions and perspectives. *Lancet*, 382, 260-72. Retirado de: <http://goo.gl/17vhj8> Global KidneyDisease 3

WHOQOL (1998). World Health Organization. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) - report on WHO Consultation. Geneva.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67, 361-70.

**ANEXOS**

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HAD

Este questionário nos ajudará saber, como você está se sentindo.

Marque um "X" na resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na *última semana*. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

**A – Eu me sinto tenso ou contraído.**

- 3 – A maior parte do tempo
- 2 – Boa parte do tempo
- 1 – De vez em quando
- 0 – Nunca

**D – Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes.**

- 0 – Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 – Não tanto quanto antes
- 2 – Só um pouco
- 3 – Já não sinto mais prazer em nada

**A – Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer.**

- 3 – Sim, e de um jeito muito forte
- 2 – Sim, mas não tão forte
- 1 – Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 – Não sinto nada disso

**D – Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas**

- 0 – Do mesmo jeito que antes
- 1 – Atualmente um pouco menos
- 2 – Atualmente bem menos
- 3 – Não consigo mais

**A – Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum.**

- 3 – Sim, demais
- 2 – Bastante
- 1 – Um pouco
- 0 – Não me sinto assim

**D – Fico esperando animado, as coisas boas que estão por vir**

- 0 – Do mesmo jeito que antes
- 1 – Um pouco menos do que antes
- 2 – Bem menos do que antes
- 3 – Quase nunca

**A – De repente tenho a sensação de entrar em pânico**

- 3 – A quase todo momento
- 2 – Várias vezes
- 1 – De vez em quando
- 0 – Não sinto isso

**D – Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa.**

- 0 – Quase sempre
- 1 – Várias vezes
- 2 – Poucas vezes
- 3 – Quase nunca

**A – Estou com a cabeça cheia de preocupações.**

- 3 – A maior parte do tempo
- 2 – Boa parte do tempo
- 1 – De vez em quando
- 0 – Raramente

**D – Eu me sinto alegre.**

- 3 – Nunca
- 2 – Poucas vezes
- 1 – Muitas vezes
- 0 – A maior parte do tempo

**A – Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado.**

- 0 – Sim, quase sempre
- 1 – Muitas vezes
- 2 – Poucas vezes
- 3 – Nunca

**D – Eu estou lento para pensar e fazer as coisas.**

- 3 – Quase sempre
- 2 – Muitas vezes
- 1 – De vez em quando
- 0 – Nunca

**A – Eu tenho uma sensação ruim de medo, um frio na barriga ou um aperto no estômago.**

- 0 – Nunca
- 1 – De vez em quando
- 2 – Muitas vezes
- 3 – Quase sempre

**D – Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência.**

- 3 – Completamente
- 2 – Não estou mais me cuidando como eu deveria
- 1 – Talvez não tanto quanto antes
- 0 – Me cuido do mesmo jeito que antes

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
V recebe dos outros o apoio de q necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é seu amb. físico (clima, barulho, poluição)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** vc tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas 2 sem.



		nada	pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia – a - dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente p satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis estão informações que precisadia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) está suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	Muito frequentemente	sempre
26	Que frequência tem sentimentos negativos (mau humor, desespero, ansiedade, depressão, etc)?	1	2	3	4	5

1 = Eu nunca faço isso    2 = Eu faço isso um pouco    3 = Eu faço isso às vezes    4 = Eu faço isso muito    5 = Eu faço isso sempre

1    2    3    4    5

1 - Eu levo em conta o lado positivo das coisas					
2 - Eu me culpo					
3 - Eu me concentro nas coisas boas da minha vida					
4 - Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo					
5 - Procuo um culpado para a situação					
6 - Espero que um milagre aconteça					
7 - Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite					
8 - Eu rezo/oro					
9 - Converso com alguém sobre como estou me sentindo					
10 - Eu insisto e luto pelo que eu quero					
11 - Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo					
12 - Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer					
13 - Desconto em outras pessoas					
14 - Encontro diferentes soluções para o meu problema					
15 - Tento ser uma pessoa mais forte e otimista					
16 - Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida					
17 - Eu me concentro em uma coisa boa que pode vir desta situação					
18 - E desejaria mudar o modo como eu me sinto					
19 - Aceito a simpatia e a compreensão de alguém					
20 - Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema					
21 - Pratico mais a religião desde que tenho este problema					
22 - Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim					
23 - Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema					
24 - Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido					
25 - Eu acho que as pessoas foram injustas comigo					
26 - Eu sonho e imagino um tempo melhor do que aquele em que eu estou					
27 - Tento esquecer o problema todo					
28 - Estou mudando me tornando uma pessoa mais experiente					
29 - Eu culpo os outros					
30 - Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores					
31 - Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema					
32 - Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia					
33 - Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo					
34 - Procuo me afastar das pessoas em geral					
35 - Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer					
36 - Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez					
37 - Descubro quem mais é ou foi responsável					
38 - Penso em coisas fantásticas / irreais (ex. uma vingança perfeita / achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor					
39 - Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela					
40 - Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui					
41 - Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo					
42 - Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo					
43 - Converso com alguém para obter informações sobre a situação					
44 - Eu me apego à minha fé para superar esta situação					
45 - Eu tento não fechar portas atrás de mim, tento deixar em aberto várias saídas para o problema					

## Instruções

As seguintes perguntas indagam a respeito das suas crenças espirituais, religiosas ou pessoais, e como essas crenças afetaram a sua qualidade de vida.

Estas questões são elaboradas para ser aplicáveis a pessoas com origem em muitas culturas diferentes e com uma variedade de crenças espirituais, religiosas ou pessoais. Se você acredita em determinada religião, como Judaísmo, Cristianismo, Islamismo ou Budismo, você provavelmente responderá as questões seguintes lembrando-se das suas crenças religiosas. Se você não segue uma religião específica, mas ainda acredita que algo superior e mais poderoso existe além do mundo físico e material, você pode responder as questões seguindo essa crença. Por exemplo, você pode acreditar em uma força espiritual superior ou no poder curativo da Natureza. Por outro lado, você talvez não acredite em uma entidade espiritual superior, mas poderá ter crenças pessoais fortes, como acreditar em uma teoria científica, um estilo de vida pessoal, uma filosofia particular ou um código moral e ético.

Algumas questões usarão palavras como espiritualidade. Por favor, responda em função de seu próprio sistema de crença, seja este religioso, espiritual ou pessoal.

As perguntas a seguir indagam como suas crenças afetaram diferentes aspectos da sua qualidade de vida nas últimas duas semanas.

Por exemplo, uma questão pergunta "Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, o corpo e a alma?" Se você vivenciou isto muitas vezes, circule o número próximo a "Muito". Se você não vivenciou isso, circule o número próximo a "Nada". Você deve circular um dos números dentre as possíveis respostas.

As questões se referem às *últimas duas semanas*.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3.4	Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar ('curtir') as coisas da natureza?	1	2	3	4	5
7.1	Quão esperançoso você se sente?	1	2	3	4	5
7.2	Até que ponto você está esperançoso com a sua vida?	1	2	3	4	5
3.1	Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (por exemplo: natureza, arte, música)	1	2	3	4	5
4.1	Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma?	1	2	3	4	5
4.3	Até que ponto você sente que a maneira em que vive está de acordo com <i>Jô</i> que você sente e pensa?	1	2	3	4	5
4.4	O quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente?	1	2	3	4	5
5.3	O quanto a sua força espiritual o ajuda a viver melhor?	1	2	3	4	5
5.4	Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?	1	2	3	4	5
6.1	Até que ponto você se sente em paz consigo mesmo?	1	2	3	4	5
6.2	Até que ponto você tem paz interior?	1	2	3	4	5
6.3	O quanto consegue sentir paz quando você necessita disso?	1	2	3	4	5
6.4	Até que ponto você sente um senso de harmonia em sua vida?	1	2	3	4	5
7.3	Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
7.4	O quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?	1	2	3	4	5
8.4	Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?	1	2	3	4	5
4.2	Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1.1	Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?	1	2	3	4	5
1.2	Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse?	1	2	3	4	5
1.3	Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a compreender os outros?	1	2	3	4	5
1.4	Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual conforta / tranquiliza você?	1	2	3	4	5
2.1	Até que ponto você encontra um sentido na vida?	1	2	3	4	5
2.2	Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você?	1	2	3	4	5
2.3	Até que ponto você sente que a sua vida tem finalidade?	1	2	3	4	5
2.4	Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?	1	2	3	4	5
5.1	Até que ponto você sente força espiritual interior?	1	2	3	4	5
5.2	Até que ponto você pode encontrar força espiritual em épocas difíceis?	1	2	3	4	5
8.1	Até que ponto a fé contribui para o seu bem estar?	1	2	3	4	5
8.2	Até que ponto a fé lhe dá conforto no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
8.3	Até que ponto a fé lhe dá força no dia-a-dia?	1	2	3	4	5
3.2	Até que ponto você sente espiritualmente tocado pela beleza?	1	2	3	4	5
3.3	Até que ponto você tem sentimentos de inspiração (emoção) na sua vida?	1	2	3	4	5



## APÊNDICES



**FICHA de IDENTIFICAÇÃO**

- 1) **Idade:** \_\_\_\_\_ **Nº:** \_\_\_\_\_ **Turno:** \_\_\_\_\_ **Iniciais:** \_\_\_\_\_
- 2) **Sexo:** 1. ( ) Masc 2. ( ) Fem
- 3) **Religião:** 1. ( ) Católica 2. ( ) Espírita 3. ( ) Evangélica 4. ( ) Outra \_\_\_\_\_ 5. ( ) Não tem
- 4) **Escolaridade:** 1. ( ) Alfab. 2. ( ) EF inc. 3. ( ) EF compl. 4. ( ) EM inc. 5. ( ) EM comp. 6. ( ) Sup. inc. 7. ( ) Sup. compl.
- 5) **Estado Civil:** 1. ( ) Solteiro 2. ( ) Casado 3. ( ) Viúvo 4. ( ) Div/Separado 5. ( ) União Estável
- 6) **Ocupação atual:** 1. ( ) Estudante 2. ( ) Trabalhador 3. ( ) Aposentado 4. ( ) Encostado 5. ( ) Desempregado 6. ( ) Pensionista
- 7) **Procedência:** 1. ( ) Cedral 2. ( ) José Bonifácio 3. ( ) Mirassol 4. ( ) S J Rio Preto 5. ( ) Outro \_\_\_\_\_
- 8) **Reside com:** 1. ( ) Cônjuge 2. ( ) Cônjuge + filhos 3. ( ) Filhos 4. ( ) Irmãos 5. ( ) Pais 6. Pais + Irmãos 7. ( ) Só
- 9) **Renda familiar:** 1. ( ) < 01 SM 2. ( ) de 1,1 a 03 SM 3. ( ) de 3,1 a 5 SM 4. ( ) > 5 SM
- 10) **Área de moradia:** 1. ( ) Rural 2. ( ) Urbana
- 11) **Procedência:** - Cidade/Município: \_\_\_\_\_ - Estado: \_\_\_\_\_
- 12) **Lazer:** 1. ( ) Não 2. ( ) Sim Especificar: \_\_\_\_\_
- 13) **Tempo de diagnóstico:** 1. ( ) 11 m 2. ( ) 1a - 4a 11m 3. ( ) 5a - 9a 11m 4. ( ) + 10 a
- 14) **Doença de base:** 1. ( ) DM 2. ( ) HAS 3. ( ) GNC 4. ( ) DRP 5. ( ) Nefropatia diabética 6. ( ) GESF  
 7. ( ) LES 8. ( ) IRA 9. ( ) Causa genética 10. ( ) Outra \_\_\_\_\_
- 15) **Comorbidade:** 1. ( ) DM 2. ( ) HAS 3. ( ) GNC 4. ( ) DRP 5. ( ) Nefropatia diabética 6. ( ) GESF  
 7. ( ) HBV 8. ( ) HCV C 9. ( ) HIV 10. ( ) Outra \_\_\_\_\_
- 16) **Etilismo:** 1. ( ) Não 2. ( ) Sim
- 17) **Tabagismo:** 1. ( ) Não 2. ( ) Sim Frequência: \_\_\_\_\_
- 18) **Drogas ilícitas** 1. ( ) Não 2. ( ) Sim Frequência: \_\_\_\_\_
- 19) **Internação:** 1. ( ) Não 2. ( ) Sim 3. ( ) Último ano
- 20) **Convênio:** 1. ( ) Público (SUS) 2. Particular \_\_\_\_\_

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARERIDO

(Obrigatório para Pesquisa em Seres Humanos – Res. nº 196/96 e de acordo com Res. nº 466/12– CNS)

Título do estudo: **“Caracterização sócio-demográfica, clínica, psicossocial e espiritual de pacientes renais crônicos.”**

**VOCÊ GOSTARIA DE PARTICIPAR DE UM ESTUDO?**

Você está sendo convidado (a) pessoalmente por mim Leny Gonçalves Ferreira e pelo meu orientador Prof. Dr. Nelson Iguimar Valerio a participar de um estudo científico, em razão de fazer terapia renal substitutiva nesta instituição.

Esse estudo, com o título: “Caracterização sócio-demográfica, clínica, psicossocial e espiritual de pacientes renais crônicos.” será realizado para fornecer dados e possibilitar o aperfeiçoamento do tratamento de pessoas que passarem pelo mesmo procedimento.

**DO QUE SE TRATA O ESTUDO?**

O objetivo desse estudo é verificar quais são as características de pacientes em Terapia Renal Substitutiva (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal), identificando dados pessoais e de sua condição de saúde, sintomas de ansiedade, depressão, estresse, estratégias de enfrentamento, nível de qualidade de vida e questões ligadas à espiritualidade, religião e/ou crenças pessoais. Conhecendo as características dos pacientes neste tratamento, estaremos mais bem preparados para desenvolver novos programas de orientação e suporte, permitindo melhorar o atendimento para você e/ou para outros pacientes que passam pelo mesmo tratamento.

**COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?**

O estudo será realizado em algumas etapas: a primeira etapa será copiar do prontuário, dados pessoais (idade, sexo, estado civil, escolaridade, onde mora etc.) e de sua condição de saúde (tempo de diagnóstico, tipo e há quanto tempo faz este tratamento, como foi escolhido o tratamento etc.); a segunda é a aplicação de questionários com perguntas sobre ansiedade e depressão, qualidade de vida, estresse, enfrentamento e crenças espirituais; a terceira etapa é o agrupamento e o registro de todos estes dados coletados e, finalmente, a publicação dos resultados encontrados em revistas científicas.

Caso você venha a sentir algum desconforto ou incômodo durante a entrevista, poderá responder aos instrumentos em dois momentos, aproveitando sua presença na instituição de acordo com a rotina de seu tratamento. Se sentir necessidade, terá suporte emocional disponibilizado pela própria pesquisadora.

Suas respostas serão agrupadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua identidade será preservada. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.



## ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

A aplicação dos questionários poderá trazer alguns riscos, como possíveis constrangimentos ou alteração emocional em função das perguntas. Entretanto, como já informado, será disponibilizado suporte/apoio emocional adequado, se necessário.

## O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo. Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Você não terá nenhum tipo de despesa por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, porém quaisquer despesas que ocorram, como transporte e alimentação, em razão da pesquisa, serão custeados pelos pesquisadores responsáveis. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar a **pesquisadora responsável**, Leny Gonçalves Ferreira, pelo e-mail: legof@famerp.br ou pelo telefone: (17)3201-5842, ou seu orientador Nelson Iguimar Valerio, pelo email: nelsonvalerio@famerp.br ou pelo fone: (17) 32015704.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: cepfamerp@famerp.br.

## ENTÃO, VOCÊ QUER PARTICIPAR DESTA ESTUDO?

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

São José do Rio Preto, ..... de ..... de 2016.

.....  
 (assinatura da pesquisadora)  
 Leny Gonçalves Ferreira –  
 Psicóloga CRP: 06/298842  
 RG.: 1.777.020 – SSP-MG  
 Programa de PósGraduação Mestrado  
 Psicologia e Saúde da FAMERP

.....  
 (assinatura do Orientador)  
 Profº Drº Nelson Iguimar Valerio –  
 Psicólogo CRP: 06/33849-2  
 RG.: 15 642 841 - SSP-SP  
 Programa de PósGraduação Mestrado  
 Psicologia e Saúde da FAMERP

.....  
 (assinatura do participante)  
 RG.: