

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
Centro de Educação e Saúde  
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Gésska de Oliveira Macedo Costa

**SENTIMENTOS DEPRESSIVOS EXPERIMENTADOS POR PACIENTES EM  
TRATAMENTO SUBSTITUTIVO HEMODIALÍTICO**

Cuité – PB  
2013

Gésska de Oliveira Macedo Costa

**SENTIMENTOS DEPRESSIVOS EXPERIMENTADOS POR PACIENTES EM  
TRATAMENTO SUBSTITUTIVO HEMODIALÍTICO**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório à obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira

Cuité – PB  
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

C837s Costa, Gésska de Oliveira Macedo.

Sentimentos depressivos experimentados por pacientes em tratamento substitutivo hemodialítico. / Gésska de Oliveira Macedo Costa. – Cuité: CES, 2013.

65 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientador: Matheus Figueiredo Nogueira.

1. Insuficiência renal crônica. 2. Hemodiálise. 3. Sintomas depressivos. I. Título.

CDU 616.61-008.6

Gésska de Oliveira Macedo Costa

**SENTIMENTOS DEPRESSIVOS EXPERIMENTADOS POR PACIENTES EM  
TRATAMENTO SUBSTITUTIVO HEMODIALÍTICO**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira  
Orientador – UFCG

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Alynne Mendonça Saraiva  
Membro – UFCG

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Isolda Maria Barros Torquato  
Membro – UFCG

Cuité – PB, 10 de setembro de 2013.

A Deus, por ser tão generoso e me agradecer sempre com pessoas boas ao meu lado, por me dar foco e fé ao longo da minha caminhada, bem como para o desenvolver deste trabalho.

Aos meus pais, Alzenado e Dona Nenê, pela excelente educação que recebi e pelos bons exemplos que se tornaram a minha referência de caráter e moldaram a construção da minha personalidade. Reafirmo aqui a grandeza do meu amor e a infinitude da minha admiração por eles.

À minha Tia Fátima, por sempre, ter me amado, ter sido minha segunda mãe, me ajudado em todos os momentos difíceis que passei. Jamais poderei esquecer o que fez, faz e tenho certeza que sempre fará por mim.

**DEDICO.**

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Ms. Matheus Figueiredo Nogueira, que tive a satisfação de tê-lo na condição de meu orientador, função que o exigiu muita paciência e dedicação. Muito obrigada pela escuta durante nossos encontros, pelo acolhimento desde o princípio, pela disponibilidade e por me aconselhar a seguir o melhor caminho, pelo apoio dado em todos os momentos deste trabalho e por contribuir de forma direta no amadurecimento deste. A você Doutor, todo o meu respeito, reconhecimento e gratidão.

Às Professoras componentes da banca examinadora, Alynne Mendonça e Isolda Torquato, agradeço pelas valiosas contribuições ofertadas ao meu trabalho, que foram preponderantes para torná-lo mais inteligível.

A Luan Gomes, pelo companheirismo, pela amizade, pelo amor, por me fazer feliz e por me apoiar nas minhas decisões. Obrigada por sempre me arrancar u sorriso sincero. Amo você.

A todos os meus tios, em especial, Tia Gracinha, Tio Jomar, Tio Gledson, Tio Mário e Tia Socorro, agradeço pelas energias positivas mandadas para mim, desde o início da minha trajetória.

Ao meu tio posição Chico Lino Filho, por sempre acreditar no meu esforço e pelas inúmeras demonstrações de amor e carinho que foram de grande valia para mim. Muito obrigada.

Aos meus amigos Djalisson Tayner e Jadiel Santos, agradeço por terem tornado os meus dias mais divertidos durante esses cinco anos de curso. Foram dias inesquecíveis, momentos que espero lembrar e levar por muitos anos. Obrigada.

Aos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares em enfermagem do Centro de hemodiálise do Hospital Dr. Edgley, agradeço pela confiança e pelos conhecimentos repassados.

Aos pacientes que se dispuseram a participar de forma solícita, fico imensamente grata.

À todos que me ajudaram direta ou indiretamente oferto o meu mais sincero abraço!

*Toda a Palavra de Deus é transformadora e libertadora e aqui Jesus está nos ensinando o modo seguro para que possamos produzir muitos frutos. O grão que cai na terra só produzirá fruto se morrer, assim somos nós. Produzimos frutos bons quando conscientemente assumimos os desafios da nossa existência como um exercício que dá firmeza às nossas ações. Por isso, precisamos morrer para os apetites da nossa humanidade que rejeita dificuldade, desapego, sofrimento. Precisamos então, morrer, no sentido de não fazer questão, de renunciar, de deixar-se exercitar, de desapegar-se dos bens, dos interesses e das pessoas.*

*Jo 12,24-26.*

## RESUMO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma síndrome metabólica decorrente da perda progressiva da capacidade de excreção renal, considerada na atualidade como uma doença crônica de elevada morbimortalidade e responsável por provocar limitações e alterações de grande impacto social e emocional, preceptores de sentimentos negativos. Esta particularidade inerente à IRC demanda a necessidade de uma compreensão mais aprofundada acerca dos possíveis sintomas depressivos apresentados pelos pacientes. Os objetivos desta pesquisa foram: identificar os sentimentos depressivos associados à IRC e ao tratamento hemodialítico; e investigar estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes para a superação destes sentimentos. Consta de um estudo de campo do tipo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido com 27 pacientes acompanhados pelo Hospital Geral e Maternidade Dr. Edgley situado no município de Campina Grande – PB. Os dados foram coletados, após parecer favorável nº 346.928 do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro, com uso de entrevista semiestruturada e analisados segundo a técnica do discurso do sujeito coletivo. A partir da construção das ideias centrais ficou evidente que os participantes entendem a hemodiálise como um recurso terapêutico gerador de dificuldades, limitações e mudanças no estilo de vida. Sentimentos como tristeza, revolta, estresse, impaciência e agitação foram relatadas, as quais são decorrentes das restrições impostas pela doença, sejam alimentares ou sociais. Como estratégia de enfrentamento a maior parte se autoaceita e realiza atividades de distração. A família e amigos foram os mais citados como apoio para enfrentar a doença. A cronicidade da IR e os impactos emocionais provocados na vida dos pacientes remetem à necessidade de construção e implementação de estratégias de atenção à saúde, sobretudo pelos profissionais da enfermagem, direcionados à minimização dos fatores que predisõem o aparecimento de sentimentos depressivos. Não obstante, as políticas públicas para este segmento populacional merecem ser valorizadas de modo a favorecer melhores níveis de qualidade de vida.

**Descritores:** Insuficiência Renal crônica. Hemodiálise. Sintomas depressivos.

## ABSTRACT

Chronic Renal Failure (CRF) is a metabolic syndrome resulting from the progressive loss of the ability of renal excretion, considered nowadays as a chronic disease of high morbidity and mortality rates and responsible for causing limitations and changes of great social and emotional impact, preceptors of negative feelings. This special feature inherent to IRC demand the need for a deeper understanding about the possible depressive symptoms presented by patients. The objectives of this research were: to identify the depressive feelings associated with the IRC and the hemodialysis treatment; and investigate coping strategies used by patients to overcoming these feelings. Be in from a field study of an exploratory and descriptive, with a qualitative approach, developed with 27 patients accompanied by General Hospital and Maternity Dr. Edgley situated in the city of Campina Grande - PB. The data were collected, after favorable opinion no. 346,928 of Research Ethics Committee of the University Hospital Alcides Carneiro, using semistructured interviews and analyzed according to the technique of the collective subject discourse. From the construction of central ideas became evident that participants perceive the hemodialysis as a therapeutic resource generator of difficulties, limitations and changes in life style. Feelings such as sadness, anger, stress, impatience and agitation have been reported, which are arising from the constraints imposed by the disease, are food or social. As a coping strategy to greater if self accept and performs activities of distraction. The family and friends were the most cited as support to cope with the disease. The chronicity of the IR and the emotional impacts caused in the lives of patients refer to the need for construction and implementation of health care strategies, especially by nursing professionals, directed the minimization of factors that predispose to the onset of depressive feelings. Nevertheless, the public policies for this population segment deserve to be valued in order to promote improved levels of quality of life.

**Descriptors:** Chronic Renal Failure. Hemodialysis. Depressive Symptoms.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Ideia Central e discursos do sujeito coletivo relativos ao questionamento: O que significa a doença renal e o tratamento com hemodiálise na sua vida?.....	39
Quadro 2-	Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo relativos ao questionamento: Como o (a) Senhor (a) se sente sabendo que tem uma doença crônica e que sempre precisará fazer hemodiálise?.....	41
Quadro 3 -	Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo relativos ao questionamento: O (A) Senhor (a) costuma se sentir triste ou depressivo por conta da doença renal e da hemodiálise? .....	43
Quadro 4 -	Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo relativos ao questionamento: Mudou alguma coisa na sua vida depois que começou a fazer tratamento com hemodiálise? .....	44
Quadro 5 -	Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo relativos ao questionamento: O que o (a) Senhor (a) faz para sentir-se bem? Recebe algum apoio para enfrentar a doença e o tratamento? .....	46

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes. Campina Grande - PB, 2013.....	34
---	----

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1</b>	<b>Objetivos .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.1</b>	<b><i>Objetivo Geral</i> .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.2</b>	<b><i>Objetivos Específicos</i> .....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Considerações gerais sobre a IRC e a Hemodiálise .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2</b>	<b>Aspectos conceituais da Depressão .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3</b>	<b>A interligação entre IRC, Hemodiálise e a Depressão.....</b>	<b>24</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>28</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de Estudo .....</b>	<b>29</b>
<b>3.2</b>	<b>Local do Estudo .....</b>	<b>29</b>
<b>3.3</b>	<b>População e Amostra .....</b>	<b>30</b>
<b>3.4</b>	<b>Instrumento de Coleta de Dados .....</b>	<b>30</b>
<b>3.5</b>	<b>Procedimentos de Coleta de Dados .....</b>	<b>31</b>
<b>3.6</b>	<b>Análise dos Dados .....</b>	<b>31</b>
<b>3.7</b>	<b>Aspectos Éticos .....</b>	<b>32</b>
<b>4</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>33</b>
<b>4.1</b>	<b>Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes.....</b>	<b>34</b>
<b>4.2</b>	<b>Dados referentes aos objetivos propostos .....</b>	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>48</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>51</b>

### APÊNDICES

**Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Apêndice B – Instrumento de Coleta de Dados**

### ANEXOS

**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**

**Termo de Autorização Institucional**

# 1 Introdução

---

A elevação da incidência de doenças crônicas na população mundial tem suscitado muitas discussões sobre a questão. A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é um exemplo clássico das doenças crônicas de elevada morbimortalidade, e sua incidência e prevalência têm aumentado progressivamente, a cada ano, em proporções epidêmicas no Brasil e em todo o mundo (BARBOSA; JÚNIOR; BASTOS, 2007).

A IRC é uma síndrome metabólica decorrente da perda progressiva da capacidade de excreção renal, uma vez que a função excretora de catabólitos é resultante principalmente da filtração glomerular. É importante salientar que a IRC resulta de uma variedade de nefropatias que, devido sua evolução progressiva, terminam de modo gradativo (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

De modo mais específico, a perda da capacidade de filtração glomerular e a deficiência crônica dos rins características da IRC podem ser decorrentes de várias etiologias, entre elas destacam-se: a placentária e a hereditária ou adquirida durante o tempo, que está associada a outros agravos à saúde, como por exemplo, a hipertensão prolongada e grave, diabetes mellitus, glomerulopatias, pielonefrite, doença policística, uropatia obstrutiva, distúrbios de desenvolvimento, lúpus eritematoso, nefrotoxinas, anemia falciforme, necrose cortical renal, síndrome de Alport e hipertrofia dos rins por uso prolongado de medicamentos (PAULA, 2009).

O paciente acometido pela IRC apresenta sinais e sintomas como a noctúria, fadiga, perda de apetite, soluços, redução na massa muscular, caquexia, edema, hipertensão arterial e/ou hipotensão, câibras, bem como, cefaléia, sede excessiva, dor nos ossos, sonolência e confusão, dificuldade de concentração e raciocínio, dormência nas mãos, pés e outras áreas do corpo, espasmos musculares e fácil aparição de hematomas, hemorragia ou sangue nas fezes. Devido a grande dimensão e complexidade da doença, várias manifestações sistêmicas também podem ser apresentadas como, por exemplo, as neurológicas, gastrintestinais, periféricas, cardiovasculares, hematológicas, pulmonares, endócrino-metabólicas, dermatológicas e principalmente hidroeletrolíticas, salientando que os sintomas da doença renal crônica também ocorrem com frequência em outras doenças (BERTOLIN et al., 2008).

Sabendo que não existe cura para a disfunção/falência renal, as modalidades terapêuticas disponíveis para esses pacientes são: a diálise peritoneal automatizada (DPA), a diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), a diálise peritoneal intermitente (DPI) e a hemodiálise (HD), que substituem parcialmente a função renal, sendo geralmente a hemodiálise a primeira escolha destes, além do transplante renal (TX). Destaca-se, portanto,

que a escolha de tratamento deve ser realizada após uma discussão minuciosa entre paciente, família e equipe multidisciplinar. Consideram-se ainda como princípios fundamentais do tratamento da IRC a terapia dietética, o tratamento farmacológico e a restrição hídrica, que são de suma importância para o alívio dos sintomas mais comuns e proporcionam uma melhor qualidade de vida (SANTOS; PONTES, 2007).

Segundo Ramos, Queiroz e Jorge (2008), a hemodiálise é um procedimento que substitui a função renal pelo processo de remoção de tóxicos e outras substâncias nocivas ao organismo através da filtração extracorpórea do sangue. É considerado um excelente recurso terapêutico alternativo à função renal devido terapia de três sessões por semana, bem como possibilita um intervalo de 68 horas sem diálise equivalente ao fim de semana, o que desperta uma melhor aceitação por parte do paciente.

Sob outra perspectiva, o tratamento hemodialítico resulta em um dia a dia monótono, restrito e permeado por atividades restritivas, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores estes que refletem diretamente na qualidade de vida. Após cada sessão hemodialítica são necessários importantes cuidados ao paciente, como a compressão da fístula, a verificação do peso e dos sinais vitais, a necessidade de repouso ou não, o que de certa forma limita-o à realização de algumas atividades rotineiras. Ademais, a exigência de tempo para o tratamento hemodialítico e o intervalo entre as sessões acaba por deixar o paciente limitado ao trabalho, viagens e a vida social de um modo geral. Nesse sentido, para o paciente que vivencia este contexto terapêutico, que antes não fazia parte do seu cotidiano, é evidente a sua susceptibilidade ao desenvolvimento de sintomas depressivos (REZENDE; PORTO, 2009).

Caiuby, Lefevre e Pacheci-Silva (2004, *apud* HIGGA et al., 2008) afirmam que o paciente em tratamento substitutivo hemodialítico é imposto a conviver rotineiramente com uma doença que não tem cura e que o obriga a uma forma de tratamento dolorosa, de longa duração e que provoca limitações e alterações de grande impacto. Para Branco e Lisboa (2010), esses pacientes geralmente são privados das atividades escolares, domésticas e profissionais, do lazer, além de terem suas funções físicas depauperadas como a redução da resistência, das atividades sexuais, assim como as mudanças de natureza social, econômica e mental. A relação entre a IRC e o tratamento, portanto, são preceptores de sentimentos negativos como o medo, a angústia, a apreensão, a impotência e a tristeza, sendo a depressão a complicação psiquiátrica mais comum nessa população.

Considerando a dimensão da problemática que a IRC representa nacional e mundialmente, sobretudo no que diz respeito à incidência, prevalência, morbidade, mortalidade, complexidade e gravidade da evolução clínica, além da interferência na condição emocional e na qualidade de vida daqueles que convivem com a doença e com o tratamento hemodialítico, faz-se necessário o desenvolvimento de uma investigação que busque compreender de modo mais específico quais sintomas depressivos são experimentados por esses pacientes, o que possibilitará a elaboração de estratégias de atenção à saúde direcionadas a este segmento populacional.

Outra motivação que justifica o desenvolvimento desta pesquisa advém da afinidade pela temática e da preocupação pessoal e profissional com a dimensão da IRC, com o grande número de pacientes em hemodiálise, com o desequilíbrio emocional que estes pacientes podem expressar, com a provável falta de aceitação da doença e ainda com a sua influência biopsicossocial em torno da vida dos pacientes, uma vez ser notório o enfrentamento do desafio de convívio com a IRC pelos pacientes, familiares e cuidadores. O papel da Enfermagem nesse cenário é de grande relevância, fornecendo orientações, auxiliando o próprio paciente a aumentar suas potencialidades, proporcionando maior interação com sua atual condição clínica e contribuindo para uma nova visão diante da própria enfermidade, o que concorre para a promoção de uma melhor qualidade de vida.

Mediante as considerações anteriormente citadas, surgiram os seguintes questionamentos: em que medida os pacientes em tratamento hemodialítico apresentam sentimentos depressivos? Que sentimentos são estes? Quais as estratégias de enfrentamento são usadas por esses pacientes? Com base nessas questões norteadoras, o presente estudo será desenvolvido no intuito de alcançar os objetivos descritos adiante.

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 *Objetivo Geral***

- Identificar os sentimentos depressivos associados à IRC e ao tratamento hemodialítico.

### **1.1.2 *Objetivos Específicos***

- Descrever as características socioeconômicas e demográficas dos participantes do estudo;
- Investigar estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes para a superação destes sentimentos.

*2 Revisão da Literatura*

---

## 2.1 Considerações gerais sobre a IRC e a Hemodiálise

Hodiernamente, as doenças crônicas vêm exigindo dos profissionais de saúde uma atenção maior e mais especializada, e isso se deve ao importante papel desempenhado na morbimortalidade da população mundial, não se restringindo apenas à situação vivenciada pela população mais idosa, mas também as pessoas jovens e adultas em idade produtiva. Entre essas doenças destaca-se a Insuficiência Renal Crônica (IRC), que é considerada uma condição sem alternativas de melhoras rápidas (TERRA; COSTA, 2007).

A IRC consiste na falência dos rins de forma progressiva e irreversível, uma afecção multicausal, tratável de várias maneiras, controlável, porém sem cura e com elevada taxa de morbidade e mortalidade (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011). Dessa forma, a incapacidade do rins em manter níveis satisfatórios dos produtos do metabolismo das proteínas e valores normais da pressão arterial e do hematócrito, bem como o equilíbrio ácido-básico, acarretará como consequência a elevação das concentrações séricas ou plasmáticas de todos os catabólitos derivados principalmente do metabolismo protéico, tipificados pelo aumento da uréia (BOUNDY, 2004).

Conforme a referência anteriormente mencionada, a IRC pode passar por quatro estágios: reserva renal reduzida, com taxa de filtração glomerular entre 35 e 50% do normal; insuficiência renal, com esta taxa entre 20 e 35% do normal; falência renal, com filtração glomerular entre 20 e 25% do normal; e doença renal terminal, que apresenta taxa de filtração abaixo de 20% do normal.

As causas da IRC variam desde as doenças renais primárias, até as doenças sistêmicas que acometem os rins e as doenças do trato urinário. Dessa forma, a IRC pode ser causada por doenças sistêmicas como diabetes mellitus; glomerulonefrite crônica; pielonefrite; hipertensão arterial não controlada; obstrução do trato urinário; lesões hereditárias (doença renal policística); distúrbios vasculares; infecções; medicamentos; agentes tóxicos; agentes ambientais e ocupacionais (chumbo, cádmio, mercúrio e cromo) e isso ocorre devido as múltiplas funções renais afetadas e doenças de base sistêmicas (RIBEIRO et al., 2008).

No que diz respeito às manifestações clínicas da IRC pode-se afirmar que estas desenvolvem-se paulatinamente, estando ausentes no início e a alteração renal somente pode ser detectada com análise laboratorial. Pacientes com insuficiência renal entre leve e moderada apresentam apenas sintomas brandos, apesar do aumento da uréia no sangue. Neste estágio, pode sentir-se a necessidade de urinar várias vezes durante a noite (nictúria) porque

os rins não conseguem absorver a água da urina para concentrá-la. Como resultado, o volume de urina ao fim do dia é maior. Nas pessoas que sofrem de insuficiência renal, muitas vezes aparece hipertensão arterial porque os rins não podem eliminar o excesso de sal e de água (THOMÉ et al., 2007).

À medida que a insuficiência renal evolui e as substâncias tóxicas acumulam-se no sangue, o indivíduo começa a sentir-se pesado, cansa-se facilmente e diminui a sua agilidade mental. Com o aumento da formação de substâncias tóxicas, produzem-se sintomas nervosos e musculares, como espasmos musculares, fraqueza muscular e câibras. Também é possível experimentar sensações de formigamento nas extremidades e perda da sensibilidade em determinadas regiões do corpo. As convulsões podem ocorrer como resultado da hipertensão arterial ou das alterações na composição química do sangue que provocam o mau funcionamento do cérebro (KUSUMOTO et al., 2008).

Como enfatizam os autores supracitados, o acúmulo de substâncias tóxicas afeta também o aparelho digestivo, provocando perda do apetite, náuseas, vômitos, inflamação da mucosa oral e um sabor desagradável na boca. Estes sintomas podem levar à desnutrição e à perda de peso. No estágio avançado a insuficiência renal desenvolve frequentemente úlceras intestinais e hemorragias; a pele pode tornar-se de cor castanho-amarelada e, em algumas ocasiões, a concentração de uréia é tão elevada que se cristaliza no suor, formando um pó branco sobre a pele; alguns pacientes podem apresentar ardores generalizados muito incômodos.

As complicações potenciais da insuficiência renal crônica incluem: alterações do sistema cardíaco como pericardite, derrame pericárdico causado pela retenção dos produtos residuais urêmicos e diálise inadequada; hipertensão decorrente da retenção de sódio e água, e mau funcionamento do sistema renina-angiotensina-aldosterona; alterações no sistema nervoso central e periférico; alterações do sistema digestivo, incluindo estomatite, esofagite, doença péptica, pancreatite, ascite e hepatite; doença óssea, calcificações metastática e vascular devido à retenção de fósforo, níveis séricos de cálcio baixo, metabolismo anormal da vitamina D e níveis de alumínio elevados; hipercalemia devido à excreção diminuída; anemia decorrente da diminuição da eritropoietina, do espectro de vida diminuído do eritrócito e sangramento no trato gastrointestinal devido às toxinas irritantes, à formação de úlcera, e à perda sanguínea durante a hemodiálise (KIRSZTAJN; PEREIRA, 2007).

Devido a pouca sintomatologia no início, há uma exigência maior para que os profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, mantenham sempre um nível

adequado de suspeição, especialmente naqueles pacientes com fatores de risco, como idosos, hipertensos, diabéticos, entre outros. Para uma avaliação diagnóstica fidedigna, o tempo de filtração glomerular (TGF) é a melhor medida geral da função renal e a mais facilmente compreendida, sendo definida como a propensão dos rins de excretar uma substância do sangue e é expressa como o volume de sangue que é completamente depurado em uma unidade de tempo. Devem complementar a aferição diagnóstica os exames radiográficos dos rins, ureteres e bexiga, a urografia excretora, a nefrotomografia, a cintilografia renal e a arteriografia renal, além de níveis plaquetários, de glicose, ácido úrico, sedimentação da urina, hemograma completo e biópsia renal, quando indicada. Vale salientar a importância do monitoramento, destacando a história clínica e pessoal do paciente, o exame físico completo, e lógico, o conhecimento sobre a IRC e suas peculiaridades (KIRSZTAJN; BASTOS, 2007).

Diante da confirmação diagnóstica da IRC, existem recursos, cujo objetivo é a manutenção da função da filtração sanguínea, que seria realizado pelos rins quando funcionando normalmente. Sendo assim, existem várias modalidades terapêuticas, dentre as quais, destaca-se a medicamentosa, sendo esta individualizada para cada paciente e de acordo com as suas necessidades particulares, servindo de subsídio para uma complementação dos tratamentos invasivos; e também a terapia nutricional, que geralmente são semelhantes para todos os pacientes, porém somente após a avaliação individual é que se determina a conduta dietética do mesmo (SANTOS; PONTES, 2007).

Dentre os tratamentos invasivos, aponta-se: a diálise peritoneal subdividida em: diálise peritoneal manual intermitente, que age com bolsas que contêm um líquido que aquece à temperatura do corpo e então, o líquido é introduzido dentro da cavidade peritoneal em um intervalo de 10 minutos, deixa-se permanecer ali entre 60 e 90 minutos e depois extrai-se durante 10 a 20 minutos. O tratamento completo pode necessitar de 12 horas; e a diálise peritoneal intermitente automatizada, a qual pode realizar-se em casa, eliminando a necessidade de uma assistência de enfermagem permanente. Esta é realizada por um dispositivo com relógio automático que bombeia o líquido para dentro e para fora da cavidade peritoneal. Estas terapias precisam ser realizadas 6 ou 7 noites por semana, enquanto na diálise peritoneal contínua, o líquido é deixado no abdome durante intervalos muito prolongados, extraindo-se e repondo-se o líquido quatro ou cinco vezes por dia. Outra técnica é a diálise peritoneal contínua assistida que utiliza um ciclador automático para realizar trocas breves à noite durante o sono, enquanto as trocas mais extensas são levadas a cabo durante o dia, sem o

ciclador. Esta técnica minimiza o número de trocas durante o dia, mas impede a mobilidade à noite porque o equipamento é volumoso (PAULA, 2009).

Continuando a destacar as terapias invasivas, tem-se ainda a hemodiálise, técnica que permite, com o auxílio de uma máquina e um circuito extracorporal, fazer passar o sangue da pessoa através de um “rim artificial” - o dialisador, com o objetivo de remover os produtos tóxicos acumulados, eliminar os líquidos em excesso e repor substâncias em carência. Vale salientar a importância do transplante renal como uma possibilidade terapêutica da IRC, pois é uma medida de custo menor e que traz mais qualidade de vida para o paciente. Existe todo um protocolo para realizá-lo, exemplo, se o paciente tem condições físicas para realizar a cirurgia, se o sistema imunológico encontra-se em bom funcionamento, entre outros (TAVARES; CORTÊS; DIAS, 2010).

Compreendendo que o tratamento hemodialítico é a base de investigação deste estudo, optou-se por construir uma fundamentação teórica mais específica para esta modalidade terapêutica da IRC.

A hemodiálise é a técnica de substituição da função renal mais comum e usualmente escolhida dentre as terapêuticas disponíveis. De modo mais específico a hemodiálise

consiste na passagem do sangue do paciente por delgados canais sanguíneos limitados por uma fina membrana, em um rim artificial. Do outro lado da membrana, há um líquido de diálise para dentro do qual as substâncias indesejáveis do sangue passam por difusão, resultando na remoção dos produtos tóxicos do metabolismo e a restauração do volume e da composição dos líquidos corporais em direção à normalidade (SANTOS; WOLFART; JORNADA, 2011, p. 85).

Como se percebe, por meio da hemodiálise são retiradas do sangue substâncias que quando em excesso trazem prejuízos ao corpo, como a uréia, potássio, sódio e água. O sangue obtido de um acesso vascular é impulsionado por uma bomba para o sistema que se encontra no filtro (dialisador). No filtro, através da membrana semipermeável, ocorrem as trocas entre o sangue e o dialisado. O dialisador é um filtro composto por capilares fabricados a partir de uma membrana biocompatível de polisulfona, inseridos em um cilindro provido de quatro orifícios. Dois desses orifícios servem de entrada e saída para uma solução parecida com o plasma sanguíneo, rica em cálcio e bicarbonato que passa por fora dos capilares. Um rim trabalhando normalmente filtra o sangue do corpo humano 12 vezes por hora, o que quer dizer que em 24 horas o rim filtra 288 vezes todo o sangue, enquanto que na hemodiálise o paciente faz 3 (três) vezes por semana durante 4 horas, assim, tem seu sangue filtrado por semana

apenas 36 vezes. Apesar dessa diferença o paciente renal pode levar uma vida normal (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Para realizar a hemodiálise é necessária a obtenção de um vaso sanguíneo resistente e suficientemente acessível que permita ser puncionado três vezes por semana com agulhas especiais. O vaso com essas características é obtido através de uma fístula arteriovenosa (FAV), em que é feita uma anastomose de uma veia e uma artéria superficial do braço de modo a permitir um fluxo de sangue superior a 250 ml/minuto. Esse fluxo de sangue abundante passa pelo filtro capilar durante 4 horas, excretando substâncias nocivas ao organismo. A execução de um programa de hemodiálise eficiente está condicionada a existência de uma fístula arteriovenosa com bom fluxo (BRENNER; CLARKSON, 2007).

Embora a hemodiálise traga bons resultados ao paciente com IRC, por outro lado, consiste em um tratamento que causa muito sofrimento emocional e fragilidade, debilitando-o emocionalmente em decorrência do seu mal-estar físico. Além de marcar significativamente este período de vida, a hospitalização traz mudanças importantes e desencadeia sentimentos negativos, seja pelo ambiente insalubre, pela rigorosidade terapêutica, ou até mesmo pela desumanização profissional, alterando todos os aspectos que envolvem a vida do indivíduo (BRANCO; LISBOA, 2010).

Desta forma, entende-se que o processo de hemodiálise, apesar da tecnologia avançada que atualmente representa, não oferece um estado de saúde e qualidade de vida ao paciente renal crônico tal qual ele tinha antes de se ver acometido pela doença. O que se pode dizer é que a hemodiálise significa uma condição para que este paciente consiga continuar vivendo, apesar de mantê-lo em situação de morte iminente, favorecer variadas complicações, desde parada dos rins de forma mais persistente a complicações originárias da própria máquina, como um problema na tubulação ou a desconexão de algum tubo, o que pode ocasionar a morte do paciente num curto período de tempo. A associação entre os problemas do tratamento em si, com as complicações da doença e os problemas que podem ocasionar a sua dependência real à máquina, podem gerar danos psicológicos e emocionais irreversíveis na vida deste paciente (TAVARES; CORTÊS; DIAS, 2010).

## **2.2 Aspectos conceituais da depressão**

A depressão é um transtorno mental ou um conjunto de sintomas que afetam principalmente a área afetiva/emocional de uma pessoa. Os sintomas depressivos são

caracterizados por um estado de abatimento e infelicidade, podendo ser transitório ou permanente (RUDNICKI, 2007).

A depressão é um grave problema de saúde pública, evidenciado pela importância das doenças mentais em relação às outras doenças. Esse transtorno compromete o cotidiano das pessoas no relacionamento social, profissional, pessoal e com a comunidade. É acompanhada geralmente de quase todas as patologias clínicas crônicas, e os conduz a evoluções ineficazes, má aderência aos tratamentos propostos e qualidade de vida ineficiente. A importância das associações entre a síndrome depressiva e as doenças clínicas deve exigir constante vigilância para se detectar tanto a depressão como alterações subclínicas das doenças mais comuns, e estimular a pesquisa clínica neste campo vasto e complexo (PESSOTO et al., 2007).

A depressão é multifatorial, não existindo causa única. Sua exata etiologia permanece desconhecida. Eventos desencadeantes são muito estudados e de fato encontra-se relação entre certos acontecimentos estressantes na vida das pessoas e o início de um episódio depressivo. Os eventos estressantes provavelmente disparam a depressão nas pessoas vulneráveis, por exemplo, a perda de pessoa querida, perda de emprego, mudança de habitação contra vontade, doença grave, etc (GONÇALES; MACHADO, 2007).

A depressão pode ser dividida em dois tipos básicos: a Depressão Típica, com todos os sintomas emocionais percebidos e sentidos pelas pessoas de maneira franca, ou seja, com um quadro predominantemente emocional de indisposição, insegurança, angústia, tristeza, apatia e desânimo; e a Depressão Atípica, ou seja, com os sintomas que não sugerem (à primeira vista), tratar-se de uma depressão (KIMMEL; COHEN; PETERSON, 2008).

A depressão pode ainda ser definida, de acordo com a sua sintomatologia, como um processo caracterizado por lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo e/ou irritável (associado à ansiedade e à angústia), redução de energia (desânimo, cansaço fácil), incapacidade parcial ou total de sentir alegria e/ou prazer (anedonia), desinteresse, lentificação, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração e pensamentos de cunho negativo, com perda da capacidade de planejar o futuro e alteração do juízo de realidade. Um comprometimento notório no desempenho pessoal, ocupacional e diário de um modo geral ocorre em algumas pessoas, que são clinicamente deprimidas e geralmente demonstram sinais de humor deprimido ou de um interesse diminuído em atividades agradáveis durante, pelo menos, um período de duas semanas. Outros funcionam adequadamente em suas interações com o mundo exterior, compreendendo grande esforço e esmerando-se em mascarar seu sofrimento, sendo muitas vezes, bem sucedidos na arte de usar

disfarce na sua depressão por meses e anos e isso causa espanto nos membros da família e nos outros ao aniquilar, finalmente perante o problema (DEL PORTO, 2009).

Conforme Peres (2008), o quadro da depressão é variável, singular a cada pessoa deprimida e intrínseco à sua personalidade, desencadeando diferentes sintomas e sentimentos a partir de múltiplas reações às situações cotidianas. Para as pessoas deprimidas todas as atividades parecem mais cansativas, difíceis e tediosas. Há um comprometimento do ânimo, inclusive para as atividades que deveriam dar prazer. O deprimido sempre se vê pior daquilo que gostaria de ser, suas perspectivas de vida são negativas, faz péssima ideia de si e sofre também com a ideia sobre aquilo que os outros pensam dele. Gravidade e frequência dos sintomas variam muito de um deprimido a outro, podendo ser intermitentes ou predominar lentidão física e mental com inibição e ansiedade, ou ainda intensa agitação psicomotora ou estupor depressivo, com alucinações, ideias deliróides e/ou obnubilação da consciência, no caso da depressão psicótica.

A depressão pode ser uma doença muito grave, e o seu pior desfecho é o suicídio. Por esta razão, há a necessidade, para o paciente e seu entorno, de tratar essa doença o mais precocemente possível. Algumas complicações da depressão podem ser: acréscimo do risco de sofrer doenças cardíacas, dores de cabeça e dores em geral, distúrbios do sono (insônia, dificuldade para adormecer) e dificuldades na vida sexual (BAHLS, 2007).

De acordo com Tung, Humes e Demetrio (2005, *apud* SANTOS, WOLFART; JORNADA, 2011, p. 85),

a síndrome depressiva acompanha frequentemente as patologias clínicas crônicas e, quando presente, acaba levando a piores evoluções, pior aderência aos tratamentos propostos, pior qualidade de vida e maior morbimortalidade como um todo. Os transtornos depressivos, apesar de sua alta prevalência, continuam sendo subdiagnosticados e/ou subtratados, com doses insuficientes de medicamentos e manutenção de sintomas residuais, que comprometem a evolução clínica dos pacientes.

No que diz respeito ao diagnóstico da depressão, o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais traz critérios para avaliação de um episódio depressivo maior, que incluem cinco ou mais dos sintomas que se seguem, pelo tempo mínimo de duas semanas, sendo necessário que, pelo menos, um dos sintomas seja “humor depressivo” ou “perda de interesse ou de prazer nas atividades”. Destacam-se, portanto, os seguintes sintomas: humor depressivo na maior parte do dia; diminuição acentuada de interesse e/ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades, na maior parte do tempo; perda ou ganho significativo de peso;

insônia ou hipersonia quase diariamente; agitação ou retardo psicomotor (passível de observação); sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva e inapropriada; diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões; e ainda, pensamentos de morte recorrentes ou ideação suicida (SOUSA JÚNIOR, 2010).

O tratamento antidepressivo objetiva a remissão dos sintomas. É fundamental que a medicação antidepressiva seja prescrita em dosagem e por tempo adequado. A história pessoal prévia de resposta a antidepressivos e a história familiar também podem ajudar na escolha, que depende da eficácia comprovada para aquele quadro clínico específico, do perfil de efeitos colaterais (tolerabilidade) e dos riscos de interação com outros medicamentos. As intervenções psicoterápicas podem ser de diferentes modos, como por exemplo, a psicoterapia de apoio, que pode ser realizada para mudanças ou alívio de sintomas, bem como em episódios isolados; a terapia interpessoal, aplicada em pacientes não internados de modo a intervir nos sintomas da depressão; a terapia comportamental, que auxilia os pacientes a entender e aperfeiçoar a auto-observação e o autoconhecimento; e ainda a terapia cognitiva comportamental de grupo, de casais e de família, utilizada não só na depressão, mas em outras patologias, com o objetivo de interação e trocas de experiências, além de expor o paciente ao medo ou mesmo a situação que o levou a esse quadro (GUTMAN, 2010).

Além das medidas terapêuticas já citadas, existe o tratamento à base de medicações antidepressivas cuja finalidade é restaurar o equilíbrio emocional do paciente, dentre estes destacam-se: os inibidores seletivos de recaptção de serotonina, a exemplo da Fluoxetina, Fluvoxamina e Sertralina; e os inibidores de recaptção de dopamina e noradrenalina, como por exemplo, a Venlafaxina. É louvável destacar ainda que a depressão não é uma doença que acomete apenas o psicológico do indivíduo, mas também o social, o físico e o espiritual, o que demanda outras terapêuticas adjuvantes como a prática regular de atividades físicas, caminhadas moderadas três vezes na semana pode mostrar ótimos resultados; promover passeios com amigos; as práticas religiosas ou mesmo atividades que lhes traga prazer (AMARANTE; RANGEL, 2009).

### **2.3 A interligação entre IRC, Hemodiálise e a Depressão**

A IRC é uma situação de embate psicossocial que constitui grande problema de saúde pública. Outrora, o óbito era a regra para todos os pacientes que apresentavam IRC,

atualmente modificou-se através da introdução de novas e variadas medidas terapêuticas, exemplo da hemodiálise, da diálise peritoneal e do transplante renal (CE et al., 2008).

Conforme os dados do censo de 2011 realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) haviam 91.314 pacientes fazendo diálise; o tratamento de 84,9% deles foi pago pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os 15,1% restantes, por convênios. Com o avançar dos anos o número desses pacientes vem aumentando, mas os âmbitos de terapia substitutiva, não, devido ao custo caro dessas sessões que são realizadas pelos mesmos três vezes semanalmente e o custo elevado para manter pacientes em tratamento renal substitutivo (TRS), o que tem sido motivo de grande preocupação por parte de órgãos governamentais, que em nosso meio subsidiam 95% desse tratamento (SBN, 2011).

A taxa anual de mortalidade entre pacientes em diálise no Brasil está aumentando. Mundialmente, 500 milhões de pessoas sofrem de problemas renais e 1,5 milhão delas estão em diálise. Os dados revelam também que uma em cada dez pessoas no mundo sofre de doença renal crônica e que pacientes com esse tipo de doença têm 10 vezes mais riscos de morte prematura por doenças cardiovasculares. Ademais, a estimativa é de que 12 milhões de pessoas no mundo morrem por ano de doenças cardiovasculares relacionadas a problemas renais crônicos (SBN, 2011).

Diante da complexidade tecnológica capaz de substituir parcialmente a função renal, a hemodiálise é uma medida terapêutica para a IRC que geralmente, engloba duas etapas: o tratamento conservador, que antecede a necessidade da terapia de substituição da função renal e os métodos de substituição renal, incluindo a hemodiálise e as outras diversas modalidades de diálise, bem como o transplante renal (RUDNICKI, 2007).

A hemodiálise, processo da retirada do sangue do corpo para filtração e a volta ao organismo, é similar ao que ocorre durante a filtração renal normal, o que difere é o tempo de filtração. Durante este procedimento os pacientes têm todo um aparato de profissionais especializados no cuidado, de medicamentos necessários para a realização com segurança, de um ambiente fixo e podem voltar para sua residência, não necessitando obrigatoriamente de hospitalização. Logo no início do tratamento já se observa a diminuição do edema generalizado e o controle dos vários sintomas que a IRC os proporciona (APÓSTOLO et al., 2008).

Em contraponto, aos benefícios biológicos mediados pela hemodiálise estão atrelados sentimentos de impotência, desânimo generalizado, sensação permanente de ameaça à integridade corporal e sem dúvida a ansiedade, gerados tanto pela vivência com a doença

como com as sessões dispendiosas, pois o paciente abdica das suas funções rotineiras, pode ser privado de beber ou se alimentar como antes e sofre mudanças na vida pessoal, sexual e profissional. Essa privação ou quebra de rotina são inerentes às reações emocionais que causam, gerando sentimentos depressivos (LACERDA et al., 2007).

Dentre os sentimentos depressivos que podem ser apresentados por pacientes com IRC em tratamento hemodialítico, destacam-se: humor depressivo e/ou variação de humor, tristeza relativamente inexplicável, falta de apetite ou apetite aumentado, distúrbios do sono, irritabilidade ou agressividade atreladas ao sentimento de revolta e incapacidade, insegurança, ideação suicida, déficit do autocuidado, falta de motivação para realizar atividades da vida diária e perda do direito de exercer as funções que anteriormente realizaria. Não obstante, esses sentimentos acabam tornando o tratamento e a adaptação muito onerosos (SOUSA JÚNIOR, 2010).

Conforme a referência anteriormente mencionada, a dificuldade de adaptação pode ser verificada logo no início do tratamento. É uma situação em que a ansiedade e os sintomas depressivos se fazem presentes durante o processo e mesmo ao longo do tratamento. Toda e qualquer reação do paciente renal frente à terapêutica dialítica é uma forma de resposta adaptativa diante dos sentimentos de insegurança e perdas. Por esta razão, abre-se espaço para outro tipo de preocupação, os aspectos emocionais desses pacientes e a preocupação com sua qualidade de vida. Reciprocamente, os níveis de depressão do paciente e os fatores fisiológicos podem afetar o curso da doença orgânica. A própria função imunológica e a adesão e/ou aceitação ao regime terapêutico, bem como a dinâmica familiar e o suporte social são primordiais para a manutenção e evolução do tratamento.

Para pacientes que utilizam terapêutica emocional eficaz à base de medicações intervencionistas, preconiza-se a realização das terapias comportamentais como uma medida que identifique os sintomas mais complexos e amenizá-los, utilizando-se de atividades de relaxamento, atividades lúdicas, ações que elevem a autoestima, bem como abolir os sentimentos considerados depressivos. A promoção de estratégias de enfrentamento para estes pacientes pode ser vista como uma boa medida, por exemplo, assistir televisão, ter acesso a internet seja para diversão ou para informação, exercer atividades físicas, estabelecer horários para sair com os amigos ou mesmo recebê-los em sua casa, passear com a família, promover reuniões familiares, e tentar afastar de seu cotidiano situações que o leve a tristeza e melancolia, trabalho este que pode está sendo desenvolvido pelo profissional da enfermagem (BISON; FUREGATO; SANTOS, 2007).

Nesta linha de raciocínio, a enfermagem consiste na profissão capaz de promover cuidados essenciais a estes pacientes. A princípio, identificar os sinais e sintomas indicativos da depressão, abordando-o de forma tranquila, gentil e compreensiva, e mostrando-se sempre paciente. Nesse momento é notória a importância da realização do levantamento de dados enquanto primeira etapa do processo de enfermagem, envolvendo a anamnese e o exame físico do deprimido. Em longo prazo, outros cuidados são importantes, como: estar sempre presente durante as sessões hemodialíticas e mostrar apoio, uma vez que esta atitude permite a criação de vínculos; observar as respostas fisiológicas como o sono alterado e orientar dormir suficientemente; averiguar a diminuição das respostas cognitivas, como a diminuição da concentração; verificar as respostas emocionais destacando a importância de estar sempre alerta com as ideias suicidas, assim como as respostas comportamentais como a higiene pessoal precária; e orientar os familiares como lidar com estes pacientes, procurar integrá-lo a família em casos de isolamento, orientar o familiar a tratá-lo como a mesma pessoa de sempre e a observar quais as situações que o anima e eleva a autoestima. Em caso de afastamento da profissão procurar uma atividade semelhante e que venha a suprir a falta que o exercer laboral faz, não deixando de explicar a importância de tomar a medicação para uma boa qualidade de vida (MOREIRA; FUREGATO, 2010).

No Brasil existem poucos estudos que indicam a real prevalência dos transtornos depressivos em pacientes renais crônicos em tratamento com hemodiálise e isso torna difícil o planejamento, a organização e a avaliação da assistência à saúde mental no país. Pacientes com sintomas depressivos associados à IRC apresentam índices de qualidade de vida diminuídos, além de maiores taxas de morbimortalidade, o que reflete a necessidade de correta identificação e tratamento destas patologias (SANTOS; WOLFART; JORNADA, 2011).

Devido à possibilidade de tratamento desses quadros, evitando possíveis consequências graves na evolução desses pacientes, os autores acham importante que mais estudos sejam realizados nessa área, o que permitiria que se atingisse um grau de certeza maior quanto à verdadeira influência da depressão em pacientes renais crônicos.

*3 Metodologia*

---

### **3.1 Tipo de Estudo**

Consta de um estudo de campo do tipo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. De acordo com Lakatos e Marconi (2010), a pesquisa de campo é aquela que há investigação prática realizada no cenário onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo. Já a investigação exploratória é executada no âmbito em que há pouco conhecimento acumulado e sistematizado, apresentando-se geralmente como a primeira etapa para quem não conhece consideravelmente o campo que objetiva abordar. Os autores ainda elucidam sobre a pesquisa descritiva que é aquela que expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno.

A abordagem qualitativa consiste na busca pela compreensão de um fenômeno específico em profundidade, lidando com descrições, comparações e interpretações, ou seja, há interação entre o partícipe e o observador (GIL, 2008).

Para Minayo (2007), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

### **3.2 Local do Estudo**

A pesquisa foi realizada no Hospital Geral e Maternidade Dr. Edgley situado no município de Campina Grande – PB, especificamente no setor denominado “Centro de Hemodiálise”. Embora seja uma instituição de saúde privada, o setor de realização da pesquisa é conveniado ao Sistema Único de Saúde, oferecendo serviços hemodialíticos e configurando-se como referência para as regiões do Curimataú, do Brejo, do Seridó e Cariri do estado da Paraíba. O referido Centro está localizado na Rua Fernandes Vieira, no bairro José Pinheiro e possui equipe profissional de saúde composta por enfermeiros especializados, médicos generalistas, nefrologistas, nutricionistas, técnicos e auxiliares de enfermagem. Atualmente estão disponíveis 25 máquinas de diálise e 138 (cento e trinta e oito) pacientes cadastrados e assistidos.

A escolha do local do estudo se deu por ser referência no tratamento hemodialítico, por permitir boa acessibilidade aos usuários, pela criação de vínculos acadêmico-pessoais anteriores com a instituição e com a equipe profissional, e por ser cidade de realização do

Estágio Supervisionado em Enfermagem II, componente curricular do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande.

### 3.3 População e Amostra

A população definida para o estudo foi representada por 138 pacientes com IRC em tratamento substitutivo hemodialítico cadastrados e acompanhados pelo serviço de saúde anteriormente mencionado. A amostra foi selecionada de modo aleatório simples, sendo composta por 27 sujeitos, que correspondem a 20% do universo, representando-o de maneira significativa. A seleção dos participantes deu-se pelo critério da acessibilidade, que conforme Gil (2008) consiste na seleção dos sujeitos aos quais o pesquisador tem acesso, admitindo que estes podem de alguma forma representar o universo. Ressalta-se ainda que tal método de amostragem é o menos rigoroso uma vez ser destituído de qualquer rigor estatístico.

Para a seleção da amostra foram respeitados alguns critérios:

- Ter confirmação diagnóstica de Insuficiência Renal Crônica;
- Realizar tratamento substitutivo hemodialítico há pelo menos 01 ano;
- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Aceitação livre em participar da pesquisa;
- Apresentação de condições cognitivas satisfatórias;
- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

### 3.4 Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu por meio de um roteiro de entrevista (Apêndice B) elaborado pela pesquisadora participante exclusivamente para esta investigação, contendo questionamentos essencialmente subjetivos. Para guiar o processo de coleta foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada, a qual permite aos participantes da pesquisa espontaneidade, fluência do discurso e possibilidade de expressão das emoções e sentimentos dada à flexibilidade deste tipo de entrevista. Tudo que foi expressado pelos participantes foi gravado por um aparelho de MP3 *player*. A entrevista semi-estruturada caracteriza-se por indagações básicas embasadas em hipóteses que se relacionam a temática do estudo, e permitindo a ideia de novas hipóteses que surgem com as respostas dos entrevistados (BOGDAN; BIKLEN, 2010).

### 3.5 Procedimentos de Coleta de Dados

Para a execução da coleta de dados foram cumpridos os seguintes procedimentos: 1. Cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Anexo A); 2. Solicitação de autorização para o desenvolvimento deste estudo, através de um requerimento, o Termo de Autorização Institucional (Anexo B) à administração do Hospital Geral e Maternidade Dr. Edgley na cidade de Campina Grande- PB, para realizar a pesquisa, com sua devida assinatura da folha de rosto; e 3. Submissão da folha de rosto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para avaliação e aprovação do projeto de pesquisa.

Após a aprovação do CEP, sob parecer número 346.928 foi dado início às atividades da coleta de dados no mês de agosto de 2013, inicialmente com a visita ao local da pesquisa para obter vínculos e conseguir a confiabilidade dos participantes e posteriormente, a realização da coleta propriamente dita. Cabe mencionar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido, explicado e assinado antes da obtenção das informações da pesquisa.

### 3.6 Análise dos Dados

Tendo por base a natureza qualitativa da pesquisa, os dados foram analisados com a utilização da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por Lefèvre e Lefèvre (2005), que consiste em um discurso síntese elaborado com trechos de discursos de sentidos semelhantes. Tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos, o DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa na medida em que permite, através de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades.

Conforme Lefèvre e Lefèvre (2005), o Discurso do Sujeito Coletivo enumera, organiza e articula uma série de operações por meio de questões abertas, as quais redundam ao final do processo, em depoimentos coletivos confeccionados com expressões de diferentes depoimentos, com vistas a produzir, no receptor, o efeito de uma opinião coletiva, expressando-se diretamente, como fato empírico, pela “boca” de um único sujeito de discurso.

A técnica é constituída de figuras metodológicas que possibilitam a tabulação dos dados provenientes dos relatos das participantes envolvidas no estudo, para, posteriormente,

serem consolidados em um único discurso. Neste sentido para viabilizar este estudo foram respeitados os passos operacionais apresentados abaixo, conforme referem Lefèvre e Lefèvre (2005):

1. Seleção das expressões-chave de cada discurso particular, obtidas para cada uma das questões norteadoras para o estudo. As expressões-chave denotam a prova discurso-empírico da verdade das ideias centrais;
2. Identificação da ideia central de cada uma das expressões-chave, constituindo a síntese dos conteúdos dessas expressões, ou seja, o que elas querem dizer efetivamente;
3. Identificação das ideias semelhantes ou complementares considerando as mesmas respostas de um questionamento proposto para a pesquisa, transcrevendo-se literalmente os termos utilizados pelas participantes do estudo;
4. Reunião das expressões-chave frente às ideias centrais, semelhantes ou complementares em um discurso-síntese, como se todas tivessem sido proferidas por um mesmo indivíduo, construindo o Discurso do Sujeito Coletivo – DSC.

Após a realização das entrevistas com todos os participantes do estudo, os depoimentos foram cautelosamente transcritos na íntegra e todos os passos para a operacionalização da análise através da técnica proposta foram seguidos.

### **3.7 Aspectos Éticos**

A eticidade do estudo teve como base as considerações da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, bem como da Resolução nº. 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que versa o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (BRASIL, 2012; COFEN, 2007).

Dessa forma, garantiu-se o anonimato dos participantes do estudo, bem como o sigilo das informações por estes prestadas. A autonomia de desistir da pesquisa em qualquer etapa também foi um direito dos participantes, sem que nenhum prejuízo a este fosse acarretado. Como já foi mencionado anteriormente, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido também foi utilizado para que os participantes pudessem se familiarizar com a proposta evidenciada no estudo e ter o consentimento do enfoque da pesquisa em que foram os sujeitos estudados.

## *4 Análise e Discussão dos Resultados*

---

Neste capítulo serão expostos os resultados obtidos por meio do procedimento de coleta de dados junto aos pacientes que realizam hemodiálise, sendo estes os participantes da pesquisa, assim como a análise e discussão pertinente. Para uma melhor compreensão da leitura, duas sessões foram didaticamente construídas: a primeira relacionada à caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes; e a segunda relacionada aos objetivos propostos na pesquisa.

### 5.1 Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes

A amostra do estudo foi composta por 27 participantes e os dados socioeconômicos e demográficos estão apresentados na Tabela 1 abrangendo sete variáveis, são elas: faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, profissão e ocupação atual.

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes. Campina Grande- PB, 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b><i>Sexo</i></b>		
Masculino	15	55,6%
Feminino	12	44,4%
<b><i>Faixa Etária</i></b>		
20 à 39	7	25,9%
40 à 59	12	44,4%
60 à 79	7	25,9%
Acima de 80 anos	1	3,8%
<b><i>Estado Civil</i></b>		
Solteiro	4	14,8%
Casado	19	70,4%
União Consensual	2	7,4%
Divorciado	2	7,4%
<b><i>Escolaridade</i></b>		
NA	5	18,4%
EFI	12	44,4%
EFC	2	7,4%
EMI	1	3,8%
EMC	6	22,2%
ES	1	3,8%
<b><i>Renda Familiar</i></b>		

Até 1 salário	10	37,1%
1 a 2 salários	13	48,1%
3 a 4 salários	2	7,4%
Acima de 5 salários	2	7,4%
<b><i>Profissão</i></b>		
Agricultor	9	33,3%
Servidor público	4	14,8%
Empregada doméstica	2	7,4%
Pedreiro	2	7,4%
Outros	10	37,1%
<b><i>Ocupação atual</i></b>		
Aposentado	12	44,4%
Encostado (INSS)	7	26%
Servidor Público	4	14,8%
Outros	4	14,8%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

**Fonte: Dados da pesquisa, 2013.**

Legenda: NA= Não alfabetizado, EFI= Ensino Fundamental Incompleto, EFC= Ensino Fundamental Completo, EMI= Ensino Médio Incompleto, EMC: Ensino Médio Completo, ES: Ensino Superior. INSS = Instituto Nacional de Seguridade Social.

Diante da apresentação dos resultados da caracterização socioeconômica e demográfica na Tabela 1 é possível verificar quanto à variável sexo que a maioria dos participantes são homens (55,6%), sendo o sexo feminino representado por 44,4%, o que não implica em dizer que a insuficiência renal crônica e o tratamento hemodialítico seja mais incidente na população masculina, uma vez ser necessário considerar o tamanho da amostra. Esse resultado é corroborado pelo estudo de Cherchiglia et al. (2010), onde foi possível encontrar percentuais equiparados entre o sexo feminino e masculino, na faixa etária mais frequente também nesta investigação.

Os autores anteriormente citados dão continuidade citando que, o predomínio dos pacientes que realizam hemodiálise, que iniciaram em diálise peritoneal, a distribuição por sexo foi semelhante, com idade média de 55 anos, e predomínio de pacientes na faixa etária acima de 65 anos.

No entanto, de acordo com Medeiros e Medeiros (2013, p.03)

dos 30 usuários, 50% eram do sexo feminino e 50% do sexo masculino. Do total da amostra 26,6% está inserida na faixa etária de 18-30 anos. Entretanto, quando analisadas as faixas etárias pode-se

perceber que a maioria dos entrevistados se encontra em idade produtiva, menor que 65 anos, o que significa que estes jovens e adultos, vão tornar-se idosos já afetados pela cronicidade de sua patologia.

Expondo resultados comparativos de outras investigações, Zambonato, Thomé e Gonçalves (2008) delatam através dos dados analisados em sua pesquisa que a prevalência masculina é de 55,8% de pacientes que realizavam hemodiálise. Porém, Trentini et al. (2004) identificaram que 64,7% da amostra era do sexo feminino e encontrou a idade variando entre 20 e 80 anos, sendo que a mais alta frequência atingiu as idades de 41 a 60 anos representando 49% do total da amostra.

Sendo assim, entende-se que as doenças renais crônicas e o recurso terapêutico hemodialítico estão afetando de forma significativa boa/grande parte da população em idade produtiva, e a cada dia acometendo parcelas ainda mais jovens da população. Acredita-se que o que gera a grande prevalência de adultos jovens sendo mais acometidos pode ser o estilo de vida, com alimentações baseadas nos famosos “*fast foods*”, a prática diária de atividade física reduzida, o uso abusivo de refrigerantes e bebidas alcoólicas, entre outras (JAVERA; SALADO, 2008).

Considerando, pois, o cenário construído pela prevalência da doença renal em que esta atinge um alarmante número de pessoas ainda na juventude e idade produtiva, submetendo-os ao recurso da terapêutica hemodialítica, crê-se que isto pode deixá-los mais susceptível a desenvolver sentimentos depressivos e sintomas intrínsecos a este.

Alguns estudos indicam a idade avançada como um fator que influencia fortemente na mortalidade, porém não deve impedir a indicação de tratamento. Assim, os efeitos negativos da idade avançada e elevada comorbidade podem ser compensados pelos cuidados ministrados aos pacientes, bem como pelo número, duração e qualidade das sessões de diálise, as quais podem melhorar a expectativa de vida deste grupo etário (SHOWKAT; ACCHIARDO; OWEN, 2010).

No que concerne ao estado civil, 70,4% (n=19) dos participantes são casados. Esse achado é corroborado pelo estudo de Terra e Costa (2007), em que 70% (n=21) dos participantes são casados, e Saupe e Broca (2004) também apontam que entre os renais crônicos a maior parte tem relação conjugal estável.

Analisando os dados encontrados, observa-se que pode ter algo que influencie a condição de saúde destes, devido o fator de ter um companheiro que possa dividir suas angústias, suas tristezas ou mesmo que possa vir a minimizar seus medos e seus sofrimentos e

a possibilidade de apresentar ou não sentimentos depressivos. O suporte informal seja do companheiro, qualquer familiar, cuidador ou rede social é essencial na promoção a saúde mental, no manejo terapêutico e acompanhamento da doença renal crônica.

Ao serem abordados sobre a escolaridade, 44,4% (n=12) disseram não ter concluído o ensino fundamental, isso se torna um agravante, pois é de primordial importância a educação para o adequado seguimento do tratamento, visto que a compreensão da doença torna-se mais fácil para pessoas que tem um grau de escolaridade mais alto. Em consonância com esses achados, o estudo de Terra e Costa (2007) delatam que a população estava compreendida entre a não conclusão do ensino fundamental e analfabetização.

No entanto, esses dados devem servir como forma de atenção para os profissionais de saúde no que se refere à comunicação interpessoal com efetividade para o tratamento, uma vez que se faz necessário utilizar uma linguagem acessível equiparada com a destes pacientes, principalmente, quando se trata de orientação e/ou educação em saúde para a prevenção de complicações referentes ao tratamento. Sendo assim, há necessidade de explicações sobre a doença e o tratamento, para isso o profissional deverá abandonar de termos científicos e adotar uma linguagem simples (TRENTINI et al., 2004).

Perante a análise financeira notou-se que grande parte dos entrevistados relatam sobreviver com 1 a 2 salários mínimos, o que é de fato uma renda insuficiente para atender as necessidade humanas básicas, entre as mais simples como a alimentação de qualidade, por exemplo, com baixo teor de potássio, sódio e fósforo, alimentos saudáveis, a ingestão de vitaminas; ou a compra de medicação, uma vez que a doença renal demanda medicamentos específicos, e até mesmo adicionais quando a nutrição se encontra alterada e/ou quando há perda de cálcio, afetando assim os ossos, onde se faz necessário a reposição através de fármacos peculiares (CAMPOS; TURATO, 2010).

É importante destacar que a instituição onde foi realizada a pesquisa é vinculada ao setor público (SUS), que pode ser um fator bastante relevante para o percentual maior de pessoas de classes sociais baixas. Ademais, por ser referência nas regiões circunvizinhas atende uma demanda populacional que não tem condições financeiras para se deslocar para a cidade de realização de tratamento que geralmente são cidades de grande/médio porte e arcar com custo de vida alto que a própria cidade impõe.

Avaliando o ponto de vista emocional destes pacientes, a esfera que ele está inserido financeiramente, pode estar relacionar ao aparecimento de sentimentos de impotência por não poder mais trabalhar e assumir suas despesas, de tristeza por adquirir dívidas, por não poder

mais sustentar um filho, ou ajudar uma mãe, pois o dinheiro que tem agora é comprometido com as obrigações do tratamento; e outros sentimentos que podem estar interligados neste contexto. Isto se torna evidente na pesquisa de Godoy, Neto e Ribeiro (2005), onde afirmam que em relação às questões econômicas a IRC influencia de modo marcante e decisivo, estando associada à redução nas horas trabalhadas, a menores taxas de salário, à aposentadoria precoce, à saída antecipada do mercado de trabalho e a programas de transferência de renda.

Ao analisar os dados relacionados à profissão dos entrevistados, estes ostentam que a maioria são agricultores (33,3%) e com idade entre 40 a 59 anos, o que pode estar associado à várias circunstâncias, entre elas: mínimas condições de estudo (pois foi visto que parte não são alfabetizados ou não concluíram o ensino fundamental), o local onde reside (pois muitos são de cidades de interior, próximo a cidade), não tiveram como estudar, pois quem tem escolaridade tende a procurar empregos formais, ou mesmo por não conseguir exercer outras atividades.

O estudo de Silva, Botelho e Cavalcante (2012) detalha que as dificuldades na vida ocupacional se dão devido ao tempo destinado ao tratamento, sendo que os pacientes, muitas vezes, realizam as seções terapêuticas três vezes por semana, conforme já colocado, e em muitos casos precisam se deslocar de seus municípios para realização da terapia em unidades de referência.

Ao analisar a ocupação atual dos participantes desta pesquisa, houve uma preponderância da qualidade de aposentado, o que pode ter sido adquirido depois do aparecimento da patologia ou após o início do tratamento. Tal contexto faz com que muitos pacientes se encontrem atualmente na condição de dependência do auxílio doença ou aposentadoria, o que para eles se caracteriza como uma condição de invalidez, fato este que suscita sentimentos negativos e de frustração pessoal (CAMPOS; TURATO, 2010).

Mesmo doente, o indivíduo precisa continuar a viver, e continuar com sua vida social. Cabe a cada paciente descobrir dentro de si uma forma de lidar com as limitações e desenvolver um modo de vida que permita uma existência digna. É importante ressaltar que o paciente renal crônico pode contar com o apoio da equipe de enfermagem, a qual deve ajudá-lo a desenvolver uma nova rotina (BISCA; MARQUES, 2010).

## **5.2 Dados referentes aos objetivos propostos**

Os resultados obtidos referem-se aos objetivos que norteiam este estudo, os quais foram: identificar os sentimentos depressivos em pacientes com IRC e em tratamento hemodialítico, a partir de seus depoimentos; e investigar estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes para a superação destes sentimentos. Diante de tais objetivos, os resultados foram analisados de acordo com cada questionamento feito aos participantes do estudo. A partir destes depoimentos, foram construídos cinco quadros com as ideias centrais e os respectivos discursos do sujeito coletivo, conforme propõe a técnica descrita por Lefèvre e Lefèvre (2005). Para a preservação do anonimato dos sujeitos da pesquisa, a letra “P” foi usada para referir a expressão “participante” e os algarismos arábicos de 1 a 27 também foram utilizados, respeitando-se assim, a sequência das entrevistas realizadas.

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>A hemodiálise como recurso terapêutico gerador de dificuldades, limitações e mudanças no estilo de vida.</p>	<p><i>Coisa muito ruim, pra mim uma coisa muito ruim, não me sinto feliz, de eu ser doente assim, não sou feliz assim não (P1). Era uma depressão muito grande que deu em mim, assim eu, não queria ir de jeito nenhum, achava que ia morrer [...] (P6). É, limitações. Você, num, num... Num dá pra fazer tudo que fazia antes [...] (P25). [...] é um tratamento muito difícil, estressado, a gente fica limitado, num é... (P18). Assim, muita tristeza porque eu fui bom e de repente cair num negócio desse (Se emociona). Pra mim muito ruim né?(P20). É num ter mais aquela vida né, aí é complicado né? (P21). É complicado, porque eu não tenho mais a liberdade que eu tinha antes [...] É desgastante demais né? e num ter mais aquela vida né, aí é complicado né? (P25)</i></p>

Quadro 1. Ideia Central e discurso do sujeito coletivo relativos ao questionamento: O que significa a doença renal e o tratamento com hemodiálise na sua vida?

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Diante da ideia central elaborada a partir do primeiro questionamento feito aos participantes do estudo, é possível constatar que coletivamente os entrevistados entendem a hemodiálise como um recurso terapêutico gerador de dificuldades, limitações e mudanças no estilo de vida. O paciente renal crônico vivencia uma grande mudança no seu cotidiano, tornando-o monótono e restrito, e as atividades desses indivíduos são limitadas após o início do mesmo, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que se refletem na

vida diária do paciente. Ao passar a conviver com limitações emergem sentimentos, entre estes a grande maioria são de caráter negativos.

Segundo Resende et al. (2007), o doente renal crônico tem o tratamento hemodialítico como uma situação problemática que tira sua liberdade e interfere nos seus hábitos, o que acarreta transtornos a sua integridade a partir do momento que se sabe de sua cronicidade e que suas limitações físicas tornam a sua convivência social restrita, alterando de forma negativa sua afetividade e sexualidade, bem como nas atividades sociais e ocupações.

Os participantes desse estudo demonstram em suas expressões que as limitações secundárias às lesões provocadas pela doença indicam que precisam modificar suas atividades e rotinas. Para o cliente portador de IRC, as atividades sociais e outras ocupações referentes ao viver são dispensadas, pois se prioriza a satisfação de outras necessidades essenciais (CARREIRA; MARCON, 2003). Ao observar os discursos, notou-se que a hemodiálise causa uma quebra na dinâmica de vida dos portadores de IRC e exige adaptações a novos hábitos e comportamentos, o que requer sacrifícios e abdicção.

Silva e Silva (2011) explicam que estes pacientes vivenciam bruscas mudanças no seu cotidiano, convivendo com limitações e frustrações, com o tratamento doloroso que é a hemodiálise, e com o medo da morte. O paciente passa por uma crise em que percebe inúmeras perdas: da condição saudável, de papéis conquistados ao longo de sua vida e de responsabilidades. Mas convive também com a possibilidade de submeter-se ao transplante renal e com isso cresce a expectativa de melhorar a sobrevivência. Diante desse contexto, Madero et al. (2010) afirmam que toda doença é um perigo à integridade do ser humano que o acomete sobre sua fragilidade e a possibilidade de causar impotência. Portanto, deve-se compreender atitudes de defesa como sentimentos de desânimo, de estresse e uma real fase de pesar frente a ausência da saúde e da ilusão de onipotência.

O doente renal crônico sofre alterações da vida diária em virtude da necessidade de realizar o tratamento, necessitando do suporte formal de atenção à saúde, isto é, vive dependente da equipe de saúde, da máquina e do suporte informal para ter o cuidado. Portanto, o paciente renal crônico deve ser informado adequadamente sobre o novo modo de vida que terá de assumir, com as rotinas das sessões de hemodiálise, a dieta alimentar, o cuidado com a higiene, o cuidado com a ingestão hídrica, atenção com esforços físicos, dentre outros (LATA et al., 2007).

Em seguida foi feito um segundo questionamento: Como o (a) Senhor (a) se sente sabendo que tem uma doença crônica e que sempre precisará fazer hemodiálise? Com relação

a esta abordagem foram construídas duas ideias centrais, descritas adiante com os seus respectivos discursos do sujeito coletivo.

IDEIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Sentimentos de impotência e tristeza associados ao tratamento hemodialítico	<i>Ah, desgostosa né, porque a pessoa ser como eu era e me ver do jeito que eu me vejo, é muito difícil, sou muito desgostosa na minha vida (P3). Eu me sinto preso, porque é uma prisão. Às vezes me revolto, mas num... num gosto nem de falar da doença, nem do tratamento (P7). Ah, eu me sinto mal né? E aperrado, porque quando chega mermu a vez de nós ir, é como você sabe, tá sujeito a ir e não voltar (P8). Me sinto desgostosa, porque eu num posso mais, num posso trabalhar, [...] num posso fazer nada. Eu fico triste [...] (P13). Tem hora que dá uma depressão [...] tem hora que você fica né assim, assim nervoso (P15). Um pouco com medo e tal essas coisas, mas aos poucos [...] é complicado. (P16).</i>
IDEIA CENTRAL 2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Sentimentos de aceitação e resiliência agregado a espiritualidade associados ao tratamento hemodialítico	<i>Eu já tô conformada, to conformada já porque eu sei que eu tenho que ir [...] (P4). [...] aí fica difícil pra você viver, mais fazer o quê? Tem que ser assim mesmo. (P5). Por que eu vou fazer o que né? Tem que ser assim mesmo né? (P10). Encaro com normalidade, é a vida, Deus proporcionou isso a pessoa, e vai até quando ele quiser (P12). Não agora, eu já sou conformado. Não tem outra opção né?(P18). Ah, ainda é uma felicidade existir isso aqui né? (a máquina) (P20). Às vezes me sinto triste por saber que tenho essa doença, mas não vou me entregar a essa tristeza não (P25).</i>

Quadro 2. Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo relativos ao questionamento: Como o (a) Senhor (a) se sente sabendo que tem uma doença crônica e que sempre precisará fazer hemodiálise?  
Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Diante das ideias centrais elaboradas a partir dos discursos dos participantes do estudo é possível verificar que parte dos entrevistados sente-se impotente e triste devido a doença e ao tratamento e a outra parte aceita a condição sem dificuldades, usando expressões que indicam a ressignificação do sofrimento. Dessa forma, mediante as respostas fornecidas percebe-se que as formas pelas quais eles entendem e aceitam a realidade é que irá determinar a sua maneira de conduzir sua própria vida. A difícil aceitação de um convívio harmonioso

com a doença concorre para uma adesão terapêutica insatisfatória ao que realmente o paciente em hemodiálise necessita.

Para os participantes do estudo a hemodiálise é tida como um recurso terapêutico de difícil aceitação, valendo destacar que a dificuldade da aceitação referida pelos mesmos é pertinente, porém, como consequência traz agravos que vão muito além das dificuldades da aceitação referidas pelos participantes, entre estes a impotência como pessoa e a tristeza de hoje em dia ter que conviver com essa limitação, tendo anteriormente a liberdade de realizar suas atividades rotineiras.

O sentimento de aceitação gera estima, confiança e segurança em si e nos outros. A forma como o indivíduo se vê e se descreve, suas crenças sobre como é visto pelos outros, a similaridade que percebe entre o que é e o que acredita que os outros pensam dele e o grau em que valoriza suas competências em comparação com os outros são forças orientadoras para os esforços de adaptação (SILVA; SILVA, 2011).

De acordo com o discurso coletivo construído para a Ideia Central 1 apresentado no Quadro 2, os participantes demonstram que encaram a doença e o tratamento como um enclausuramento, sentimentos de revolta e tristeza, que instigam o aparecimento de outros sentimentos e/ou sintomas, sendo eles: desgosto, mal estar, irritabilidade, medo e nervosismo. Em contraponto, mediante os discursos expostos na Ideia Central 2, acredita-se que em pacientes submetidos à hemodiálise é de primordial importância a orientação sobre a doença para poder desenvolver nos mesmos, maneiras de viver dentro de seus limites, de forma que não seja contrária ao seu estilo de vida e consiga conviver e aceitar a doença e o tratamento sem interferência na autoestima. Como afirmam Smeltzer e Bare, et al. (2009), a prática de ação educativa à esses pacientes é essencial, pois os levam a manter atividades de vida diária normais, associando a sua rotina atual.

Seguindo a linha de investigação deste estudo, os participantes foram abordados quanto a tristeza e a depressão, sendo assim foi feito um terceiro questionamento: O (A) Senhor (a) costuma se sentir triste ou depressivo por conta da doença renal e da hemodiálise? Com relação a esta abordagem foi construída uma ideia central, descrita abaixo com o seu respectivo discurso do sujeito coletivo.

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
	<i>Ah, no começo é aquele baque, aquele impacto [...] (P1) É, me sinto muito triste [...] (P3) Tem dia que eu tô que Ave Maria, faço qualquer</i>

<p>A tristeza e seus sintomas como intrínsecos à Doença Renal crônica e a Hemodiálise</p>	<p><i>coisa pra sair dessa tristeza [...] com vontade de chorar, de sumir no meio do mundo e num ver ninguém (P4). Sim, meio triste né? [...] privado de tudo [...] (P8). [...] Um pouquinho de tristeza, de revolta, impaciência (P12). Ah eu tenho tristeza, tem hora que dá vontade de chorar [...] (P19). Às vezes, porque a gente fica assim um pouco nervoso, meio agitado [...] (P21).</i></p>
---	---

Quadro 3. Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo relativos ao questionamento: O (A) Senhor (a) costuma se sentir triste ou depressivo por conta da doença renal e da hemodiálise?

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Diante do exposto no Quadro 3, no questionamento aos pacientes se eles sentiram-se tristes ou depressivos e ao pedir para que os mesmos falassem sobre esses sentimentos foi construído uma única ideia através de seus relatos: “a tristeza e seus sintomas intrínsecos à Doença Renal crônica e a Hemodiálise”.

De todos os sentimentos que foram transcritos e observados, o que mais se repete, não só nesse questionamento mais em outros também, é a tristeza, o ato de sentir-se infeliz. Ao vivenciar um evento negativo, tal como uma doença crônica que muitas vezes incapacita o paciente para certas atividades, pode gerar sentimentos de tristeza, revolta, estresse, impaciência, nervosismo, agitação, vontade de chorar, como notou-se ao observar os DSCs.

De acordo Paula, Nascimento e Rocha (2008), transtornos depressivos constituem um fator de comorbidade bastante frequente encontrado em pacientes que realizam esse recurso terapêutico, e que merecem uma rotina de investigação e tratamento adequados, dado o risco relativo aumentado de mortalidade. Toda reação do paciente renal crônico em diálise é uma forma de resposta adaptativa frente aos sentimentos de insegurança e perdas, sendo assim, os aspectos emocionais desses pacientes e a preocupação com sua qualidade de vida, em que é fundamental a perspectiva do indivíduo que avalia como vê e sente a interferência da doença na sua vida pessoal, familiar e profissional.

A tristeza constante, a própria mudança de humor, irritabilidade, os sentimentos de revolta, a não-aceitação, inicialmente, da doença, diminuição acentuada de interesse ou prazer em todas, ou quase todas as atividades na maior parte do tempo, pensamentos de morte recorrentes, a falta de adaptação que ela impõe ao dia a dia destes e, ainda, as perdas vivenciadas que são normalmente numerosas e duradouras para o paciente, pois existe a perda da função renal, da sensação de bem-estar, de seu papel tanto na família quanto no trabalho, são sintomas evidenciados na maioria das falas dos participantes. Porém sabe-se que o

aparecimento destes poderão influenciar de forma negativa a evolução da enfermidade, chegando a desencadear o agravamento da doença (SAUPE; BROCA, 2004).

Um condição específica e que pode desencadear uma série de sentimentos negativos relativos à doença e a terapêutica são as restrições hídricas e alimentares bem como o convívio social, a resignação de lazer e momentos de diversão e também a ausência ao trabalho, principalmente se exigir deste, esforços físicos significativos. Diante deste contexto, os participantes desta investigação foram abordados quanto às mudanças corriqueiras que o acometeu após o início deste tratamento. O resultado pode ser visualizado no Quadro 4.

IDEIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Restrição hídrica e alimentar	<i>[...] você não tem mais a mesma alimentação [...] (P1) [...] eu num posso comer todo cumê, não posso tomar água (P4). Mudou muito [...] e principalmente na alimentação né? [...] (P6) Mudou porque, eu num posso me alimentar bem, não posso beber água (P10). Mudou, muito. A gente não tem a liberdade de comer que tinha quando é bom [...] (P20).</i>
IDEIA CENTRAL 2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Alteração e/ou abandono da rotina ocupacional	<i>Mudou muito, muito mesmo, em tudo né? No trabalho [...] (P6). Eu num trabalho que nem eu trabalhava [...] (P11). [...] Você num pode viajar, estressado, não pode trabalhar, entendeu? O problema é esse, mais limitações (P15). Mudou, porque eu trabalhava praticamente fora né? [...] (P17). Ah, mudou sim, o caba para de trabalhar e doente... (P24).</i>
IDEIA CENTRAL 3	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Resignação às necessidades de lazer	<i>[...] porque eu não vou, num posso ir num a festa, não posso passar a noite numa festa, eu não posso andar toda hora [...] (P4). Tudo mudou na minha vida, deixei de fazer coisas que antes fazia (P7). [...] tinha dia que eu saia com meus amigos, e hoje não é mais a mesma coisa [...] (P16) .Ah, muita coisa, muita... Principalmente em termo de diversão, em viajar [...] (P18). Mudou porque eu gostava muito de viajar[...] (P22).</i>

Quadro 4. Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo relativos ao questionamento: Mudou alguma coisa na sua vida depois que começou a fazer tratamento com hemodiálise?

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Em face do evidenciado Quadro 4, ao serem questionados sobre a presença de mudanças ao iniciar o tratamento hemodialítico, tornou-se ainda mais evidente que há modificações no cotidiano destes pacientes. Tanto nas questões alimentares e hídricas, como na abdicação de lazer, diversão e de passeios longos. Durante este questionamento pode-se notar o desabafo dos participantes com relação a “liberdade” de comer, de beber, de sair com amigos, de andar, de viajar, das atividades diárias, do “sentir-se limitado” para realizar funções simples, como o próprio trabalho. É compreensível essa divergência, tendo em vista que o indivíduo em hemodiálise depara-se com um tratamento que muda sua rotina. A restrição na dieta é uma alteração mal recebida no estilo de vida para muitos pacientes e com o início da hemodiálise geralmente requer alguma restrição da ingestão de proteínas, sódio, potássio e líquido, então, essa condição traz consigo uma série de mudanças e restrições.

Como consequência destas restrições, os pacientes acabam se tornando desanimados ou desesperados. A IRC e sua terapêutica acabam se constituindo como importantes estressores para os pacientes que podem ter um grande impacto sobre a qualidade de vida. Embora seja claro que a hemodiálise promove a melhora de alguns sintomas clínicos, por outro lado provoca algumas desordens emocionais (GOMES, 2008).

Durante a pesquisa também emergiram relatos sobre o convívio social, sendo assim, acredita-se que a diminuição deste convívio se deve às restrições impostas pelo tratamento, e muitas vezes o paciente deixa de participar de festas, eventos esportivos, por necessitar priorizar o tratamento. Surgem-lhe muitas dúvidas em decorrência do quadro clínico ser imprevisível e por ele não saber se conseguirá ou não brevemente um transplante e se suportará fazer diálise por muito tempo. O paciente começa a se sentir inútil, devido à dependência dos familiares, da equipe de saúde e dos medicamentos. Ocorre diminuição da libido e impotência, intensificando a perda da autoestima. Sentimentos como preocupação com a procriação e o casamento, medo de ser abandonado pelo cônjuge e medo da morte, todos estes colaboram para o agravamento do quadro clínico (LIMA; GUALDA, 2000).

A vida dessas pessoas dependente de uma máquina faz com que seu cotidiano seja controlado em função das restrições impostas pela doença. Além disso, a necessidade de manutenção contínua do tratamento paliativo de diálise interfere no trabalho, nos estudos, na renda, nas atividades sociais, no relacionamento com a família e na autoestima e principalmente nos momentos de distração que podem ser interrompidos por alguma intercorrência do tratamento (PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2008).

A partir das considerações supracitadas, os entrevistados foram abordados por um quinto questionamento: O que o (a) Senhor (a) faz para sentir-se bem? Recebe algum apoio para enfrentar a doença e o tratamento? Os discursos podem ser visualizados no Quadro 5.

IDEIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>Autoaceitação e momentos de lazer como fatores contributivos ao bem estar.</p>	<p><i>[...] aceitar, me aceitar com a minha doença e com a minha imperfeição [...] (P1). Eu rio muito, falo muita doidiça (risos) faço crochê, pra ocupar minha cabeça, assisto televisão (P5).[...] vou festas, curto o facebook (P7). Eu costumo sair... (risos) Andar... esfriar a cabeça porque senão num vai não[...] (P9). [...] saio, viajo, passeio, relações sexuais, compro, jogo bola [...] (P12). [...] cozinhar um arroz, ajeitar uma roupa minha, aí vou tirando de tempo a doença... (P13). Eu saio com as minhas amigas, e tal, uso a internet (risos), ando um pouco e depois volto... (P16). Eu... Eu relaxo um pouco, peço ajuda a Deus e vou seguindo a vida né? (P21).</i></p>
IDEIA CENTRAL 2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>Suporte familiar, social e espiritual como recurso para o enfrentamento da doença.</p>	<p><i>Recebo a minha família, todas elas, marido, filho neto [...] (P3). Recebo... Recebo... minha família, recebo e meus amigos, recebo bastante (P6). O apoio da família, da esposa, da filha, de alguns amigos que me orienta e assim vou levando (P7). A boa vontade da família (P11). Primeiramente Deus, sem Deus tudo fica difícil, tenho minha família, meus amigos, normal (P12). Sim, a minha família toda sempre me apoia [...] (P15). Recebo apoio da minha família que é muito importante e ter muita fé em Deus (P23).</i></p>

Quadro 5. Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo relativos ao questionamento: O que o (a) Senhor (a) faz para sentir-se bem? Recebe algum apoio para enfrentar a doença e o tratamento?  
Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Diante das ideias centrais elaboradas a partir do quinto questionamento feito aos participantes do estudo, é possível constatar que coletivamente os entrevistados usam como estratégias de enfrentamento da doença a autoaceitação e os momentos de distração como fatores que venham a contribuir ao bem estar e o suporte familiar, social e espiritual como um recurso para enfrentar a doença e o tratamento.

Diante das expressões expostas no Quadro 5, alguns relataram a importância de aceitar a doença, a sua “imperfeição” como foi colocado no DSC. Também foram pontuadas atividades simples e que demandam menos esforços, como fazer crochê, assistir televisão, utilizar a internet, escutar rádio. Porém também foram colocadas saídas com amigos, viajar, jogar bola, o que contradizem algumas expressões colocados no último questionamento. E ao serem indagados se recebem algum apoio, observou-se que os pacientes que se sentem apoiados pelos familiares representam a maioria. Eles aceitam melhor a doença e aderem melhor ao tratamento quando comparados àqueles que não sentem esse apoio; também notou-se que os pacientes sentem-se apoiados por sua rede social. A presença da espiritualidade foi referida como uma questão forte para a aceitação da doença.

Constata-se que, para além da família, os amigos também se mostraram importantes para a superação das dificuldades. A atitude de contar aos outros mais significativos e de poder contar com o seu apoio, a sua ajuda, torna-se muito importante, o que ajudou e facilitou a sua relação com a sua nova realidade. Através de dar a conhecer o que era o tratamento e da experiência de viver em hemodiálise, fica notória a aceitação social que foi acompanhada por atitudes de apoio, assumindo uma posição muito significativa (SANTOS; PONTES, 2007).

O sentimento de obrigatoriedade na aceitação da terapia, como única maneira de manter-se vivo, e a fé em Deus, como fator de ajuda para a resistência dessa dura realidade, foram questões bastante comentadas pelos entrevistados. Isso por que o doente renal crônico tem o senso de que necessita da hemodiálise, não lhe restando outra saída. Destaca-se que a adaptação não é fácil, ao contrário, é tida como um complexo que mobiliza as estruturas do sujeito, ficando evidente que há situações as quais não se pode optar e que fogem do domínio do ser humano (SANTOS, 2006).

## *5 Considerações Finais*

---

De posse dos resultados obtidos na pesquisa foi possível observar que para muitos participantes a insuficiência renal e o tratamento hemodialítico representam a perda do emprego e as questões econômicas alteradas, diminuição do convívio social, alterações no seu papel dentro da família, restrições e limitações físicas e funcionais, as quais configuram-se como situações preditoras de sentimentos depressivos. Nesse processo, os sujeitos da pesquisa demonstraram alguns sentimentos negativos relacionados à doença e relataram grandes perdas e limitações impostas pela terapêutica. Porém, por outro lado, evidenciou muitos discursos/falas de sentimentos de resiliência e ressignificação da vida. Desse modo, é importante que o paciente conheça sua doença e a terapêutica ofertada, pois poderá se fazer sujeito de seu tratamento.

Embora se reconheça o pequeno número de participantes do estudo, todavia representados significativamente na lógica amostral, permite-se inferir que os objetivos foram alcançados com êxito, isso porque evidências apontaram a necessidade de um ajustamento no plano terapêutico do paciente que promova um restabelecimento emocional, para amenizar o sofrimento vivenciado por eles. Não obstante, as interpretações variadas expostas no trabalho contribuem para uma melhor compreensão dos aspectos que levam um paciente renal a desenvolver ou não sentimentos depressivos e seus sintomas. Por isso, ficou comprovado através da pesquisa a existência de sentimentos depressivos na maioria dos participantes, sendo os mais prevalentes a tristeza, a angústia, o medo, a revolta e o nervosismo, suscitando, mesmo assim, novas investigações por parte dos profissionais de enfermagem que explorem outras dimensões relacionados ao conhecimento dos sentimentos e as reações.

Ressalta-se que os profissionais da saúde, especificamente os da enfermagem, devem desenvolver estratégias humanísticas capazes de minimizar fatores que predisõem ao aparecimento de sentimentos depressivos, tais como: uma escuta qualificada, acolhimento e humanização do ambiente de tratamento, oferecer aos indivíduos os esclarecimentos sobre sua enfermidade, orientações sobre prevenção de complicações, fortalecendo e favorecendo uma mudança de comportamento ajustada às limitações impostas pela doença, com vistas a uma melhor qualidade de vida, bem como compreender as modificações trazidas com a condição de cronicidade da doença na vida do paciente renal. A enfermagem, portanto, tem que estar qualificada e capacitada para trabalhar a dimensão emocional deste paciente e fortalecer a educação continuada como um fator primordial para que este passe a seguir todas as orientações.

Acredita-se ainda que o desenvolvimento de políticas públicas que busquem melhorias para esse sistema deveriam ser aumentadas e valorizadas. A criação de programas e projetos que integralizem estes pacientes e descentalizem os serviços de saúde, criando novos centros de hemodiálise nas capitais, regiões metropolitanas e cidades do interior dos diversos estados brasileiros, ampliariam o acesso aos serviços de atenção à saúde secundária e terciária. A atenção primária, compreendida como a porta de entrada para os serviços de saúde, também deve ser cada vez mais fortalecida, sobretudo no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção de agravos, minimizando assim as possibilidades de incidência e prevalência da doença renal crônica e outras condições de saúde associadas.

*Referências*

---

AMARANTE, P. D. C.; RANGEL, M. A liberdade é terapêutica: reinventando vidas na reforma psiquiátrica. (Resenha). **RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p.10-16, dez., 2009. Disponível em: < [www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/328/383](http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/328/383) > Acesso em: 15 ago. 2013.

APÓSTOLO, J. et al Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. **Rev. Enf Referência**, v. 2, n. 2, p. 45-49, 2008. Disponível em: < [https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=246&codigo=](https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=246&codigo=) > Acesso em: 10 jan. 2013.

BAHLS, S. C. Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. **Interação**, v.3, p. 49-60, Curitiba, 2007. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/7660> > Acesso em: 21 fev. 2013.

BARBOSA, L.M.M.; JÚNIOR, M.P.A.; BASTOS, K. Preditores de Qualidade de Vida em Pacientes com Doença Renal Crônica em Hemodiálise. **J BrasNefrol**. n. 4, v. 29 –Dezembro de 2007. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2007000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000300006)> Acesso em: 28 dez. 2012.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: Frequentemente grave, mas também prevenível e tratável. **Rev Assoc Med Bras**; v.2, n. 56, p. 248-53, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2.pdf>> Acesso em 28 dez. 2013.

BASTOS, M.G.; KIRSZTAJN, G.M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J. Bras.Nefrol.**, v.33, n.1, 2011. Disponível em : < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002011000100013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002011000100013&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 21 fev. de 2013.

BERTOLIN, D.C. et al. Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodialítico: revisão integrativa da literatura. **Acta paul. enferm**. v.21, São Paulo, 2008. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002008000500008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000500008)> Acesso em 15 dez. de 2013.

BISCA, M. M; MARQUES, I. R. Perfil de diagnósticos de enfermagem antes de iniciar o tratamento hemodialítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.3, n.63, p. 435-9, maio-junho, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a14v63n3.pdf>. Acesso em: 16 ago.2013.

BISON, R.A.P.; FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.L.F. A percepção do cuidar entre estudantes e profissionais. **Índex de Enfermeria**.p. 30-4, 2007. Disponível em: <. Acesso em: 16 ago. 2013.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos**. Porto: Porto Editora, 2010.

BOUNDY, J. **Enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Reichmann& Affonso Editores, 2004.

BRANCO, J.M.A.; LISBOA, M.T.L. Adesão de clientes renais crônicos ao tratamento hemolítico: estratégias de enfermagem. **Rev. enferm UERJ**. n. 18, p. 578-83, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, Não paginado, 2012. Disponível em:<  
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 7 abril de 2013.

BRENNER, B. M; CLARKSON, M. R. **O rim: referência rápida**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E, R. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 799-805, setembro-outubro, 2010. Disponível:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000500017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000500017&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 18 jun. 2013.

CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.6, n.11, p. 823-31, novembro-dezembro, 2003. Disponível em:<  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000600018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000600018&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 20 agos. 2013.

CE, H.H. et al. Prevalência de transtornos depressivos em pacientes submetidos à hemodiálise em dois serviços de nefrologia na cidade de Criciúma. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.4, n. 37, p. 12-5, 2008. Disponível em:<  
[http://www.acm.org.br/revista/scripts/pdf.php?CD\\_ARTIGO=603](http://www.acm.org.br/revista/scripts/pdf.php?CD_ARTIGO=603)> Acesso em: 7 abril. 2013.

CHERCHIGLIA, M.L. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Rev. Saúde Pública[online]**.v.44, n.4, p. 639-649, 2010. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400007)> Acesso em: 20 agos.2013.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética do Profissional de Enfermagem**: Resolução 311 de 12 de maio de 2007. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:< <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158>.> Acesso em: 15 mar. 2013.

DEL PORTO, J. A. **Depressão**. São Paulo: Projetos Médicos, 2009.

DSM-IV - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1995. Disponível em:< [http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm\\_cid/dsm.php](http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php)> Acesso em: 23 fev.2013

FRAZÃO, C.M.F.Q.;RAMOS, V.P.; LIRA, A.L.B.C. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.4, n. 19, p. 577-82, 2011. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a12.pdf>.> Acesso em 21 fev.2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, R. M.; NETO, G. B.; RIBEIRO, E. P. Estimando as perdas de rendimento devido à doença renal no Brasil. **Divulg. Saúde Debate**. v. 38, p. 68-85, 2007. Disponível em:< [http://www.ufrgs.br/ppge/pcientifica/2006\\_01.pdf](http://www.ufrgs.br/ppge/pcientifica/2006_01.pdf)>.Acesso em: 15 agost. 2013.

GOMES, I. L. Insuficiência Renal Crônica. In: **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

GONÇALES, C.A.V.; MACHADO, A.L. Depressão, o mal do século: Que século? **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.2, n.15, p. 298-304, 2007. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a22.pdf>.> Acesso em 18 mar.2013.

GUTMAN, G. Nem tanto e nem tão pouco: a relação entre homicídio e psicose. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 144-149, 2010. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142010000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142010000100013&script=sci_arttext). Acesso em: 4 mar.2013.

HIGGA, K. et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm**, v.21, n. esp., p.203-6. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a12v21ns>> Acesso em: 18 mar. 2013.

JAVERA, V. B. M.; SALADO, G. A. Orientações nutricionais para pacientes em programa de hemodiálise. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.1, n.3, set-dez, 2008. Disponível em:< <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/viewArticle/906>>Acesso em: 16 ago. 2013.

KIMMEL, P.L.; COHEN, S.D.; PETERSON, R.A. Depressão em pacientes com doença renal crônica: onde é que vamos **Ren J Nutr.** v. 1 n. 18, p. 99-103, 2008. (impresso)

KIRSZTAJN, G. M.; BASTOS, M. G. Proposta de padronização de um programa de rastreamento da doença renal crônica. **J BrasNefrol**, v. esp., n. 29, p. 18-22. 2007. Disponível em:<[http://www.researchgate.net/publication/220024989\\_Proposta\\_de\\_Padronizacao\\_de\\_um\\_Programa\\_de\\_Rastreamento\\_da\\_Doena\\_Renal\\_Crnica](http://www.researchgate.net/publication/220024989_Proposta_de_Padronizacao_de_um_Programa_de_Rastreamento_da_Doena_Renal_Crnica)>Acesso em: 28 fev. 2013.

KIRSZTAJN, M. G.; PEREIRA, A.B. O laboratório clínico no rastreamento das doenças renais. **J BrasNefrol**, v.29, p. 13-7. 2007. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=606239&indexSearch=ID>.>Acesso em: 4 mar. 2013.

KUSUMOTO, L. et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada á saúde. **ActaPaul Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. esp, p. 152-159, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a03v21ns.pdf>.> Acesso em: 8 mar. 2013.

LACERDA, D.O. et al. Problemas psicossociais e a depressão em pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Científica da FAMINAS**, v.1, n.3, 2007. (impresso)

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.A. **Metodologia do trabalho científico**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LATA, A.G.B. et al. Diagnósticos de enfermagem em adultos em tratamento de Hemodiálise. **Acta Paul Enferm.** v. 21, número especial, p. 160-3, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a04v21ns.pdf>.> Acesso em: 16 agost.2013.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **Depoimentos e discursos**. Brasília: Editora Liberlivro, 2005.

LIMA, A. F. C.; GUALDA, D. M. R. Reflexões sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido a hemodiálise. **Revista Nursing**, São Paulo, n. 30, p. 20-23, 2000.

MADEIRO, A. C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm.** v. 4, n. 23, p. 546-51, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16.pdf>>Acesso em: 20 ago. 2013.

MEDEIROS, A. J. S; MEDEIROS, E. M. D. Desafios do tratamento hemodialítico para o portador de insuficiência renal crônica e a contribuição da enfermagem. **REBES (Pombal – PB, Brasil)**, v. 3, n. 1, p. 1-10, jan.-mar., 2013. Disponível em:<  
<http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/2074>. Acesso em: 20 ago. 2013.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 108p.

MOREIRA, G.C.D.; FUREGATO, A.R.F. Compreensão de alunos de enfermagem sobre depressão e sobre o cuidado a pessoas deprimidas, **Rev Tempus ActasSaúdeColet**. v.1, n. 4, p.179-90, 2010. Disponível em:<  
<https://uspdigital.usp.br/siicusp/cdOnlineTrabalhoVisualizarResumo?numeroInscricaoTrabalho=2772&numeroEdicao=16>.>Acesso em: 21 mar. 2013.

PAULA, E.S.;NASCIMENTO, L.C.; ROCHA, S.M.M. A influência do apoio social para o fortalecimento de famílias com crianças com insuficiência renal crônica. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.4, n.16 P. 692-9, 2008. Disponível em:<  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_07.pdf). >Acesso em: 13 ago. 2013.

PAULA, F.J.A. A insuficiência óssea na doença renal crônica: papel do paratormônio. **Arq Bras Endocrinol Metab**. n.9, v. 53, São Paulo Dec. 2009. Disponível em:< Acesso em: 25 jan. 2013

PERES, M. Depressão – Atualização no tratamento inicial de episódios depressivos agudos. **Médico Repórter. Barueri**, SP, v. 10, n. 91, mar., 2008. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302009000900001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302009000900001&script=sci_arttext). >Acesso em: 25 jan. 2013.

PESSOTO, U. C. et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 351-362, mar./abr. 2007. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232007000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232007000200011&script=sci_arttext).>Acesso em: 26 jan. 2013

RAMOS, I.C.; QUEIROZ, M.V.O.; JORGE, M.S.B. Cuidado em Situação de Doença Renal Crônica: Representações sociais elaboradas para adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.2 n. 61,2008. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000200008&script=sci_arttext). >Acesso em: 18 agos.2013.

RESENDE, M.C et al. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: Em busca de ajustamento psicológico. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.87 – 99, 2007.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pc/v19n2/a07v19n2.pdf>> Acesso em: 20 agos.2013.

REZENDE, R.C.; PORTO, I.S. Cuidado de enfermagem para clientela em hemodiálise: suas dimensões instrumentais e expressivas. **Rev. Eletr. Enf.**, v.2, n.11, 266-74, 2009. Disponível em: < [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n2/v11n2a05.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a05.htm)> Acesso em: 15 ago. 2013.

RIBEIRO, R.C.H.M. et al. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **Acta Paul Enferm**; v. 21, n. esp. p. 207-11, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a13v21ns.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2013.

RUDNICKI, T. Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. **Estudos de Psicologia**, v.3, n.24, p.343-351, 2007. (impresso)

SANTOS, M. S.; WOLFART, A.; JORNADA, L. Prevalência de transtornos depressivos em pacientes com insuficiência renal crônica participantes de programa de hemodiálise em uma clínica do Sul de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina** v. 40, n. 2, 2011. Disponível em: < <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/868.pdf> > Acesso em: 22 fev. 2013.

SANTOS, P.R.; PONTES, L.R.S.K. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 1 a 2 meses. **Rev. Aço. Med. Bras**, n. 57, 2007. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302007000400018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302007000400018&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 12 mar. 2013.

SANTOS, P.R. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.52, n.5, p.356-359. Out. 2006. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302006000500026&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302006000500026&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 10 ago. 2013.

SAUPE, R.; BROCA, G.S. Indicadores de qualidade de vida como tendência atual de cuidado a pessoas em hemodiálise. **Revista Texto e contexto em enfermagem**, Florianópolis, v.13, n.1, p. 100-106, jan/mar. 2004. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71413114> > Acesso em: 29 jul.2013.

SBN. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Levantamento dos serviços de Diálise no Brasil**. 2011. Disponível em: < [www.sbn.org.br](http://www.sbn.org.br) > Acesso em: 28 fev. 2013.

SHOWKAT, A.; ACCHIARDO, S. R.; OWEN, W. F. J. Terapia com Diálise no Contexto do Tratamento Intensivo. In: IRWIN, R. S.; RIPPE, J. M. **Terapia Intensiva**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SILVA, E.M.S.; SILVA, L.W.S. Impacto da hemodiálise na vida de adolescentes acometidos pela insuficiência renal crônica. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v.8, n. 1, p. 43-50, jan/mar 2011. Disponível em:<  
[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=264](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=264)> Acesso em: 19 ago. 2013.

SILVA, J.P. ; BOTELHO, M.T.S.L.; CAVALCANTE, K.M.H. Qualidade de Vida de Pacientes em Terapia de Hemodiálise em Sinop –MT, **Scientific Electronic Archives** v.1, n.1, p 36-41, 2012. Disponível em:<  
<http://www.seasinop.com.br/revista/index.php/SEA/article/view/10>> Acesso em: 16 ago. 2013.

SMELTZER, S. C; BARE, B.G. et al. **Tratado de Enfermagem MédicoCirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUSA JÚNIOR, J. S. Ocorrência do quinto sinal vital e depressão na avaliação do doente renal crônico (DRC). 2010. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia). **Universidade Estadual da Paraíba**, Campina Grande, 2010. Disponível em: <  
<http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/490>> Acesso em: 4 mar.2013.

TAVARES, D.M.S.; CORTÊS, R.M.; DIAS, F.A. Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. **Rev enferm UERJ**. v. 1, n. 18, p. 97-103, 2010. Disponível em: <  
<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a17.pdf>.> Acesso em: 12 mar.2013.

TERRA, F.S.; COSTA, A.M.D.D. Avaliação da qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Rev enferm UERJ**.v.15, p. 430-6, 2007. Disponível em:<  
<http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a18.pdf>. Acesso em: 7 abril.2013.

THOMÉ, F.S. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, p . 626, 2007.

TRENTINI, M. et al. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. **Texto & Contexto Enfermagem**, Jan-Mar, 2004. Disponível em:< <http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=458720&indexSearch=ID&lang=p>.> Acesso em: 4 fev.2013.

ZAMBONATO, T. K.; THOMÉ, F. S.; GONÇALVES, L. F. S. Perfil socioeconômico dos pacientes com doença renal crônica em diálise na região noroeste do Rio Grande do Sul. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, março, 2008. Disponível em:<  
[http://www.jbn.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=57](http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=57). > Acesso em: 21 ago. 2013.

*Apêndices*

---

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como título “Sentimentos depressivos experimentados por pacientes em tratamento substitutivo hemodialítico” e está sendo desenvolvida pela aluna Gésska de Oliveira Macedo Costa do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação do Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira, cujos objetivos são: identificar os sentimentos depressivos associados à IRC e ao tratamento hemodialítico; descrever as características socioeconômicas e demográficas dos participantes do estudo; e investigar estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes para a superação destes sentimentos.

O desenvolvimento desta pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer de modo mais específico quais sintomas depressivos pacientes com IRC apresentam. A participação do (a) Sr (a) na pesquisa é voluntária e de fundamental importância e, portanto, o (a) Sr (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum prejuízo. Vale lembrar que esta pesquisa apresenta riscos considerados “mínimos”, pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da aplicação do questionário. Quanto aos benefícios, pretende-se ampliar o conhecimento sobre esses possíveis desequilíbrios emocionais o que possibilitará a elaboração de estratégias de atenção à saúde direcionadas a este segmento populacional. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, tudo como preceitua V.1b, da Resolução 196/96 do CNS.

Os dados serão coletados através de um roteiro entrevista contendo perguntas de fácil entendimento e um aparelho de MP3 será usado para gravar as entrevistas. Posteriormente os resultados da pesquisa farão parte de um trabalho de conclusão de curso a ser apresentado, defendido e publicado no todo ou em parte em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

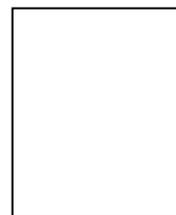
Vale ressaltar que durante todas as etapas da presente pesquisa serão cumpridas todas as determinações constantes da Resolução nº. 196/96 do CNS – Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento, assinada por mim e pelos pesquisadores.

Cuité – PB, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2013.

\_\_\_\_\_  
Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira  
Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa/Testemunha



#### **Endereço do pesquisador responsável:**

Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.  
Sítio Olho d'água da Bica, Cuité – PB. Telefone: (83) 3372-1900

## APÊNDICE B

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**\* Dados relacionados à caracterização sociodemográfica e econômica dos participantes**

**Questionário nº:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**

Masculino  Feminino

**Estado Civil:**

Solteiro  Casado  Viúvo  União consensual  Divorciado

**Escolaridade:**  Não alfabetizado  Ensino Médio incompleto

Ensino Fundamental incompleto  Ensino Médio completo

Ensino Fundamental completo  Ensino superior

**Renda Familiar:**

até 1 salário mínimo

de 1 a 2 salários mínimos

de 3 a 4 salários mínimos

acima de 5 salários mínimos

**Profissão:** \_\_\_\_\_ **Ocupação atual:** \_\_\_\_\_

**\* Dados relacionados aos objetivos propostos na pesquisa**

**Tempo de diagnóstico da IRC:** \_\_\_\_\_ **Tempo de hemodiálise:** \_\_\_\_\_

#### **Roteiro de entrevista**

1. O que significa a doença renal e o tratamento com hemodiálise na sua vida?
2. Como o (a) Senhor (a) se sente sabendo que tem uma doença crônica e que sempre precisará fazer hemodiálise?
3. O (A) Senhor (a) costuma se sentir triste ou depressivo por conta da doença renal e da hemodiálise? Me fale um pouco sobre esses sentimentos.
4. Mudou alguma coisa na sua vida depois que começou a fazer tratamento com hemodiálise? Me fale um pouca dessa mudança.
5. O que o (a) Senhor (a) faz para sentir-se bem? Recebe algum apoio para enfrentar a doença e o tratamento?

*Anexos*

---