



**INSTITUTO BRASILIENSE DE ANÁLISE DO COMPORTAMENTO**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA HOSPITALAR E DA SAÚDE**

**SUPORTE SOCIAL E ESTADOS DE HUMOR NA ADESÃO DE PACIENTES RENAIIS  
CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE**

Aluna: Paula Rosa Kondo  
Orientadora: Juciléia Rezende Souza

**Brasília, outubro de 2014.**



**INSTITUTO BRASILIENSE DE ANÁLISE DO COMPORTAMENTO**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA HOSPITALAR E DA SAÚDE**

**SUPORTE SOCIAL E ESTADOS DE HUMOR NA ADESÃO DE PACIENTES RENAIIS  
CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE**

Paula Rosa Kondo

**Trabalho de conclusão de curso,  
apresentado ao Instituto Brasiliense de  
Análise do Comportamento- IBAC, como  
requisito parcial para a obtenção do título  
de Especialista em Psicologia Hospitalar e  
da Saúde.**

Orientadora: Juciléia Rezende Souza

**Brasília, 2014.**



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento – IBAC  
Especialização em Psicologia da Saúde e Hospitalar  
Monografia de Conclusão do Curso

**FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO**

**Aluno:** Paula Rosa Kondo

**Título:** Avaliação da influência do suporte social e estados de humor na adesão de pacientes renais crônicos em hemodiálise

**Orientador(a):** Juciléia Rezende Souza

Monografia de Conclusão do Curso

	Avaliação
<b>✓ Aprovada</b> *O aluno deverá acatar as principais sugestões (ou todas), e entregar a versão final, em capa dura, em até 2 semanas.	X
<b>✓ Aprovada, com reformulação</b> *O aluno deverá acatar <u>todas</u> as sugestões, e entregar a versão final, em capa dura, em até 2 meses; * O professor orientador precisará corrigir, novamente, <u>toda</u> a monografia e aprová-la.	
<b>✓ Reprovada</b> *O aluno deverá reelaborar sua monografia, ou iniciar uma nova; * O aluno precisará defender novamente sua monografia.	

**Orientador(a):**

Juciléia Rezende Souza (orientadora)

**Examinadores:**

Meg Schwarcz Hoffmann

Marcela Abreu Rodrigues

Brasília, DF, 30 de outubro de 2014

## Sumário

	Pg.
Resumo	5
Introdução	6
Fundamentação teórica	6
Fatores psicossociais relacionados à adesão do paciente renal crônico	9
Objetivos	12
Método	12
Resultados e Discussão	16
Considerações finais	28
Referências	30
Anexos	34

## Lista de figuras

	Pg.
Tabela 1: Dados sócio-demográficos da amostra	17
Tabela 2: Níveis de ansiedade e depressão da amostra	18
Tabela 3: Resultados descritivos para o HAD	18
Tabela 4: Ganho de peso interdialítico e níveis séricos de fósforo e potássio sanguíneos dos participantes	19
Tabela 5: Média e desvio-padrão do ganho de peso interdialítico e níveis séricos de potássio e fósforo dos participantes	19
Tabela 6: Escala de Satisfação com o Suporte Social dos participantes	20
Tabela 7: Rede de suporte social da amostra	20
Tabela 8: Correlação entre dados sociodemográficos e clínico-médicos	22
Tabela 9: Diferença entre os resultados dos participantes de acordo com o sexo	22

## Resumo

**Introdução:** O aumento da expectativa de vida da população brasileira gerou mudanças no perfil epidemiológico, com aumento significativo da incidência de doenças crônicas como principal causa de mortes. Pode-se constatar também o aumento de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico no país. Tal tratamento impõe restrições e alterações à rotina de vida dos pacientes, aspectos que contribuem para elevar a frequência de quadros depressivos. A qualidade da rede de suporte social dos pacientes terá papel fundamental em seu ajustamento ao contexto de adoecimento e tratamento. Estes aspectos somam-se ao fato do tratamento demandar rigoroso seguimento, no qual a não adesão pode significar muitas vezes internações frequentes e morbidade precoce. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo verificar se há interferência dos estados de humor e da qualidade da rede de suporte social na adesão ao tratamento. **Método:** Foram avaliados pacientes adultos em tratamento hemodialítico, que consentiram participar e assinaram o TCLE. Utilizou-se os instrumentos: questionário semi-estruturado para coleta de dados sócio-demográficos e médico-clínicos; Escala de Suporte Social (ESS) e Escala de Ansiedade e Depressão (HAD). Paralelamente à aplicação desses instrumentos, foram coletadas informações nos prontuários dos pacientes visando caracterizar o nível de adesão ao tratamento nos três meses anteriores à pesquisa. Para tal, utilizou-se dados relativos aos exames para verificar os níveis séricos de fósforo, potássio e hemoglobina, além dos registros de ganho de peso interdialítico. Após a avaliação, os dados coletados foram analisados, utilizando-se estatísticas descritivas e de correlação. **Resultados:** foram observadas diferenças relacionadas ao sexo quanto a níveis de depressão e ansiedade, como também correlação entre: estado civil e autocuidado do paciente; nível de escolaridade e consumo de alimentos ricos em potássio e fósforo; depressão e níveis de potássio. Identificou-se também dificuldade geral para manter o controle hídrico e menor satisfação nas mulheres com o suporte social e familiar oferecido. **Conclusão:** Os resultados obtidos evidenciaram a importância de levar em conta as variáveis individuais no atendimento aos pacientes, considerando as diferentes características psicossociais. Sugere-se que sejam realizadas intervenções psicoeducativas desde o início do tratamento, com vistas a resultados mais duradouros de adesão, saúde e sobrevida nessa população.

A doença renal crônica tem como característica principal a falência da função renal com consequente dificuldade de eliminação de resíduos metabólicos pelo organismo. Pode apresentar-se de maneira gradual ou súbita, em graus diferenciados e muitas vezes de maneira irreversível (Thomas & Alchieri, 2005).

O diagnóstico e o tratamento geram impacto emocional no paciente e familiares, principalmente por envolver grandes mudanças e restrições na rotina de maneira permanente e significativa (Thomas & Alchieri, 2005). Nesse aspecto podem ocorrer sentimentos diversos, como diminuição de competências, ansiedade ou mesmo maior necessidade de suporte, ajuda ou assistência (Pascoal et al. 2009).

As características individuais podem atuar facilitando ou mesmo criando barreiras no que diz respeito ao enfrentamento e adesão ao tratamento. Diversos autores descrevem a depressão como principal alteração de humor nos pacientes renais crônicos, interferindo diretamente na sua adesão ao tratamento, qualidade de vida e prognóstico (Thomas & Alchieri, 2005).

Como no paciente renal crônico as falhas na adesão ao tratamento podem significar aumento de complicações e mortalidade, é de fundamental importância compreender quais fatores interferem na aderência, considerando aspectos sociais, individuais e familiares que permeiam o contexto do adoecimento (Kruger, 2011).

O número de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico tem aumentado significativamente no Brasil e no mundo. Estima-se que em 2013 no Brasil haviam 100.397 pacientes realizando tratamento hemodialítico, e que nesse mesmo ano houveram 17.944 óbitos decorrentes da insuficiência renal crônica (Censo Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2013). Ao mesmo tempo, estimativas da Organização Mundial da Saúde relatam que 63% das mortes no mundo em 2008 tiveram doenças crônicas como causa. No Brasil, em 2007 pacientes com doenças crônicas, incluindo a insuficiência renal, foram 72% do total de mortes (Bloom et al., 2011; Schmidt et al., 2011).

Nesse contexto de aumento de óbitos relacionados à doença renal crônica, compreender aspectos que influenciam a adesão pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção, norteadas o atendimento multidisciplinar destes pacientes.

### **Fundamentação Teórica**

As diversas mudanças que ocorreram nas últimas décadas no Brasil têm alterado também o perfil epidemiológico da população. Devido ao maior controle de doenças

infecciosas, à redução na taxa de fecundidade e ao maior acesso à saúde, a expectativa de vida da população aumentou e com ela o número de doenças crônicas, que passaram, então, a ser as principais causas de mortes do brasileiro (Ministério da Saúde, 2012).

De acordo com dados do Sistema Único de Saúde (SUS - Estatísticas Essenciais, 1999-2000), em 1995 o número de sessões de hemodiálise realizadas era de 3.375,6, sendo que em 2000 esse número saltou para 5.982,6. Para a Sociedade Brasileira de Nefrologia (Censo SBN, 2013), em 2000 havia 42.695 pacientes em tratamento dialítico no Brasil. Em 2011 este número aumentou para 91.314 pacientes e em 2013 para 100.397. Desses, 84% realizam o tratamento custeado pelo SUS e 15,1% custeado por convênios particulares. A maioria dos pacientes possui idade entre 19 e 64 anos, são homens e têm como principal causa da doença renal crônica a hipertensão, seguida por diabetes.

A doença renal é caracterizada pela perda da função dos rins. Pode ocorrer de maneira aguda, com perda rápida ou redução no funcionamento renal e ainda com possibilidade de recuperação após tratamento. Por outro lado, quando se trata de doença renal crônica, foco desse estudo, a perda é gradual e há irreversibilidade no quadro. Nesse caso, a característica principal é a ausência de sintomas ou sintomas quase imperceptíveis no início (inchaços, anemias leves, hipertensão), contribuindo para que a doença seja percebida mais tardiamente (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2013).

O tratamento da doença renal crônica requer controle rigoroso da dieta, especialmente em relação à restrição hídrica (já que a capacidade de produzir urina é comprometida e excesso de líquidos implica em riscos à saúde), uso de medicamentos e, quando a função renal reduz a menos de 10% de seu funcionamento, de terapia renal substitutiva ou transplante, em alguns casos.

A terapia renal substitutiva realiza a função renal perdida pelo paciente, e pode do ser tipo peritoneal ou hemodialítica. Na diálise peritoneal, os líquidos de diálise são introduzidos no abdômen do paciente e a filtragem de seu sangue ocorre através das membranas ou peritônio que revestem seus órgãos, sendo depois drenados por cateter específico (SBN, 2014). Já na hemodialítica a filtragem do sangue é realizada por uma máquina e depois devolvida ao paciente através de fístula arteriovenosa – previamente feita com as veias e artérias do próprio indivíduo em cirurgia – ou através de cateter colocado temporariamente em veias do tórax, virilha ou pescoço (SBN, 2014).



Destaca-se que o tratamento deve ser seguido rigorosamente, com a realização frequente de exames laboratoriais para monitoramento do quadro clínico do paciente, visto que qualquer alteração pode representar sério risco à saúde (Pascoal et al., 2009).

No tratamento hemodialítico, o paciente com insuficiência renal crônica tem a sua rotina de vida alterada de maneira considerável: necessidade de comparecer várias vezes por semana durante pelo menos uma hora (alguns ficam até quatro horas) para dialisar; imposição de restrição hídrica e alimentar; realização de procedimentos e exames invasivos. Essas restrições repercutem no estilo de vida, estados de humor e relacionamentos sociais do paciente, como também são influenciadas por estes. Nesse sentido, a adesão ao tratamento é importante para minimizar os danos que a doença e seu tratamento podem causar.

A saúde está relacionada não só à ausência de doença, mas a questões sociais, físicas e psicológicas, podendo ser esperada influência de diversos fatores relacionados à percepção de cada indivíduo sobre o contexto de adoecimento e tratamento (Valderrábano, Jofre & López-Gómez, 2001, como citado em Thomas & Alchieri, 2005). Sendo assim, para compreender melhor o impacto de uma doença e seu tratamento na vida de um indivíduo, deve-se levar em conta que tal percepção será individual, dependente da história de vida de cada um e sofrerá impacto de fatores externos, como da qualidade e satisfação com sua rede de suporte social.

Apesar do início do tratamento ser marcado por importante melhora no quadro de saúde do paciente, com o passar do tempo esse irá configurar-se como um tratamento contínuo, doloroso e que deve ser rigidamente seguido por toda a vida. Tal contexto pode favorecer o surgimento de sentimentos contraditórios e intensos que limitam e impactam tanto a vida do paciente quanto a de sua rede de suporte social (Lima & Gualda, 2001).

As mudanças que ocorrem na vida do paciente durante o tratamento da doença renal crônica impactam em sua rotina e hábitos, muitas vezes desencadeando sentimentos de tristeza e ansiedade, principalmente quando se sente sem recursos de enfrentamento diante da situação. Nos pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) a depressão é a desordem mais comum, muitas vezes se estendendo por longo prazo, o que pode implicar em maior risco de mortalidade, baixa da imunidade e redução de autocuidado do paciente e conseqüentemente menor adesão (Kovac et al, 2002, como citado em Thomas & Alchieri, 2009).

A depressão vem sendo descrita como o transtorno mais frequente em pacientes em tratamento hemodialítico (Kovac et al, 2002, como citado em Thomas & Alchieri, 2009),

sendo geralmente caracterizada pela perda do interesse em atividades que antes realizava, perda ou ganho significativo de peso sem necessariamente fazer dieta, fadiga, inquietação, pensamentos de morte recorrentes, diminuição da imunidade e cuidados pessoais (CID-10, 2008). Além disso, é uma das principais “(...) causas de incapacidades, morbidades, perdas de papéis funcionais e utilização do serviço de saúde (...)”, configurando um dos principais motivos de internação hospitalar entre pacientes hemodialíticos (Bloom et al., 2011).

### **Fatores psicossociais relacionados à adesão do paciente renal crônico**

No tratamento de doenças crônicas, a adesão é afetada por diversos fatores relacionados às particularidades do paciente e não somente pela qualidade da equipe ou das informações que recebe acerca do tratamento. Buscando ampliar o conhecimento sobre quais aspectos psicossociais podem estar relacionados ao nível de adesão ao tratamento de pacientes submetidos à hemodiálise, na presente pesquisa optou-se por avaliar a influência tanto de aspectos emocionais quanto relacionais, sendo eles: suporte social, ansiedade e depressão.

A doença renal crônica traz significativas modificações fisiológicas no organismo, o que faz com que sejam necessárias mudanças intensas em comportamentos que antes eram frequentes. Uma dessas alterações é a presença de uremia, que ocasiona aumento no catabolismo e exige uma dieta com restrição de proteínas, potássio, sódio e suplemento de vitaminas. A restrição hídrica é também um item importante, calculado com base no peso seco do paciente e considerando-se outros aspectos clínicos (Gullo, Lima & Silva, 2000).

Se aderir ao tratamento significa completo seguimento das orientações da equipe de saúde, em um tratamento que perdura por toda a vida do paciente, é natural a não adesão ou adesão parcial pelo paciente em determinados momentos. A adesão frequentemente oscila em razão de diversas variáveis ao longo do tratamento, variando entre 22% e 74%, havendo uma média de 51% de pacientes não aderentes (Sgnaolin & Figueiredo, 2012).

Nesse sentido, avaliar a aderência é importante para auxiliar na manutenção da saúde dos pacientes, ajudando a direcionar o foco de intervenção das equipes multidisciplinares ao longo do acompanhamento. Essa avaliação pode ocorrer através de métodos indiretos (relatos do próprio paciente, considerações do médico, contagem de comprimidos, de receitas, observação clínica, além de monitorar a tomada de medicamentos) ou diretos (análise biológica e análises de compostos e traçadores). Os métodos indiretos apresentam maior possibilidade de erros e interferência de outras variáveis, enquanto os métodos diretos

são considerados “padrão-ouro” pela maior precisão na avaliação da adesão de pacientes, embora apresentem como inconvenientes a necessidade de utilização de métodos mais sofisticados, o maior custo e a medição de aspectos biológicos (quantidades metabolizadas de medicação, presença de outras medicações), o que muitas vezes dificulta a sua utilização (Oigman, 2006).

Dessa forma, se para alguns autores a adesão é a convergência do comportamento e o que lhe foi prescrito pela equipe de saúde, medir o grau de adesão de um paciente de forma operacional pode apresentar-se como uma boa alternativa (Terra, 2007), principalmente considerando-se que a não aderência frequentemente se relaciona à piora no estado de saúde e complicações decorrentes da doença. Nesse sentido, a utilização de métodos objetivos para observar e acompanhar fatores como resultados de exames clínicos e taxa de ganho de peso interdialítico podem ser um bons indicativos do grau de adesão em pacientes renais crônicos em hemodiálise.

No que diz respeito aos comportamentos do paciente, a avaliação da adesão deve ir além da verificação se há ou não obediência às recomendações. Na investigação sobre a adesão, deve-se levar em consideração a influência de algumas as características pessoais do paciente, como: história individual, repertório de enfrentamento, quantidade e qualidade da rede de suporte social, acesso à informações sobre seu tratamento. Tais fatores influenciam decisivamente se o paciente terá ou não uma participação mais ativa no tratamento, ao invés de mera obediência ao prescrito pela equipe (Abreu-Rodrigues, 2008). A adesão, então, pode ser entendida como a união de diversos fatores que irão convergir em comportamentos, os quais podem variar entre os indivíduos, demandando da equipe estratégias que levem em consideração as peculiaridades de cada paciente (Silveira e Ribeiro (2004/2005), como citado em Abreu-Rodrigues, 2008).

O suporte social que uma pessoa recebe é relevante no decorrer do tratamento de uma doença crônica. O fato de ser parte de uma rede de suporte social, onde há afeto, mútua ajuda e obrigações (Perazzolo, 2008) é tão importante quanto a forma que essa rede é avaliada pelo paciente. Nesse sentido, avaliar a percepção da funcionalidade desta rede de suporte social é importante e impacta na qualidade de adesão ao tratamento.

O suporte social é um conceito que abarca múltiplas dimensões, relativos ao recurso material e ao psicológico que cada pessoa tem disponível através de sua rede social, e está diretamente ligado à manutenção de saúde nos indivíduos (Siqueira, 2008). É definido como um processo de interação pessoal que favorece o manejo de situações potencialmente

estressantes ou aversivas para o indivíduo (Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000, como citado em Abreu-Rodrigues & Seidl, 2008), podendo até mesmo ser visto como um preditor de qualidade de vida do paciente renal. Nesse aspecto, a adesão do paciente se relaciona com o suporte, além da sua interação com a equipe de saúde (Thomas & Alchieri, 2005).

Por suporte social, pode-se entender não somente familiares ou amigos em contato frequente, mas também o quanto essas pessoas estão disponíveis na vida do paciente quando ele necessita (Sarason, et al., 1983, como citado em Ribeiro, 1999). Podem haver demandas para a rede de suporte social nos mais variados aspectos do tratamento, indo desde o transporte para a sessão de hemodiálise até o auxílio nas tarefas da casa quando encontra-se mais debilitado. Essa disponibilidade muitas vezes afeta a qualidade do tratamento, interferindo até mesmo no comparecimento às consultas e sessões de HD, como por exemplo quando o paciente se ausenta por não ter quem cuide de seus filhos.

Com o objetivo de compreender melhor a relação entre adesão e fatores psicossociais, o presente estudo avaliou a existência de correlação entre a qualidade da rede de suporte social, o estado de humor e o nível de adesão dos pacientes, considerando como indicadores de adesão os resultados dos exames de sangue nos 3 meses de hemodiálise anteriores à realização da pesquisa.

## **Objetivos**

### **Objetivo Geral**

Verificar a influência do suporte social e do estado de humor – níveis de ansiedade e depressão – na adesão de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar e avaliar o perfil sócio-demográfico dos pacientes renais em diálise participantes do estudo;
- Identificar e avaliar o estado de humor predominante nos pacientes renais crônicos participantes do estudo;
- Avaliar a qualidade da rede de suporte social e o nível de satisfação dos participantes em relação a essa;
- Verificar dados clínico-médicos relativos aos 3 meses de tratamento hemodialítico anteriores à realização da pesquisa, averiguando o nível de adesão às orientações relacionadas a restrição hídrica e níveis séricos de fósforo e potássio;
- Correlacionar os dados referentes ao estado de humor e suporte social com os dados clínico-médicos que indicam o nível de adesão ao tratamento hemodialítico dos pacientes participantes.

## **Método**

Para compreender melhor a interação entre o suporte social, o estado de humor e os níveis de adesão de cada paciente, realizou-se uma pesquisa exploratória, descritiva, utilizando-se método correlacional.

Para avaliar o nível de adesão optou-se pela utilização das medidas fisiológicas utilizando-se os resultados de exames e o ganho de peso interdialítico médio dos pacientes nos últimos três meses, considerando que as principais restrições dos pacientes em hemodiálise relacionam-se à ingestão de líquido e ao consumo de alimentos ricos em fósforo potássio.

## **Participantes**

Participaram desta pesquisa 30 pacientes que realizavam sessões de hemodiálise na Clínica de Doenças Renais de Brasília - CDRB, através do Sistema Único de Saúde ou por

convênios médicos, para tratamento de insuficiência renal crônica.

Critérios para inclusão: pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que estivessem realizando tratamento hemodialítico há pelo menos um ano, e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo 1).

Critérios de exclusão: pacientes que não satisfizessem os critérios de inclusão; que fossem alcoolistas ou dependentes químicos; apresentassem históricos de transtornos psiquiátricos, cognitivos ou neurológicos, os quais poderiam comprometer a capacidade de compreensão do paciente; ou anemia (nível baixo de hemoglobina), considerando-se as informações registrados em seus prontuários.

A anemia é sintoma recorrente em pacientes renais crônicos, sendo necessário o uso de medicações para o seu controle. Entretanto, quando presente, apesar das tentativas de controle, pode causar sintomas semelhantes aos da depressão e interferir nos resultados das avaliações do humor do paciente. Por esse motivo, optou-se pela exclusão de pacientes que apresentassem nível baixo de hemoglobina.

## **Ambiente**

A pesquisa foi realizada na Clínica de Doenças Renais Crônicas de Brasília – CDRB, uma clínica da rede privada de saúde localizada em Brasília, Distrito Federal, especializada em nefrologia, que atende pacientes do Sistema Único de Saúde, além de convênios de saúde diversos e particulares.

No período do estudo, a clínica atendia 196 pacientes em hemodiálise, divididos em turnos que se iniciavam às 7 horas da manhã e se estendiam até as 21 horas, de segunda a sábado. Usualmente os pacientes realizam 3 sessões semanais com duração de 4 horas, ou diariamente sessões de 1 hora de duração, geralmente no mesmo turno e dias da semana.

Na equipe multidisciplinar da clínica atuam: médicos nefrologistas, cirurgiões, enfermeiros, assistentes de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêutico e fisioterapeutas. O acompanhamento dos pacientes é realizado individualmente por cada profissional de acordo com sua área, mas os casos são acompanhados em conjunto através da realização de visitas e reuniões multidisciplinares. Todos os pacientes realizam exames periódicos no dia da diálise (peso e pressão arterial) e mensalmente (exames de sangue, urina e outros que fossem solicitados).

## **Instrumentos**

1. Questionário semiestruturado: foi desenvolvido pela pesquisadora para a presente pesquisa, sendo utilizado para registro dos dados sócio-demográficos e clínico-médicos dos pacientes – idade, sexo, estado civil, escolaridade, tempo desde o diagnóstico, tempo de tratamento. (Anexo 2).
2. Planilha de registro dos dados clínico-médicos: foi elaborada uma planilha na qual registraram-se os dados referentes ao ganho de peso interdialítico e níveis séricos de fósforo e potássio nos últimos três meses (Anexo 3). O ganho de peso interdialítico refere-se ao peso que o paciente ganhou entre uma sessão dialítica e outra. Nesse aspecto, autores consideram que a adesão é satisfatória quando o paciente ganha entre 3% e 4% de seu peso seco (peso ideal pós diálise calculado individualmente) entre as sessões de diálise. Entretanto, por consenso e para homogeneizar as orientações, na prática é usualmente recomendado um ganho de até 2,5Kg para pacientes que realizam hemodiálise três vezes por semana ou a ingestão de até 500g/dia (Marculino, 2004), sendo esse o parâmetro escolhido para a presente pesquisa. Em relação aos demais indicadores utilizados, considerou-se bom nível de adesão quando os resultados dos exames indicam níveis abaixo de 6,0 mEq/L para potássio e abaixo de 5,5 mg/dL para fósforo. Os níveis de hemoglobina, identificados nos prontuários, foram utilizados para subsidiar a exclusão de pacientes que apresentavam anemia.
3. Escala de Suporte Social (ESS): escala validada para utilização no Brasil por Seidl e Tróccoli (2006), a partir da versão original canadense, a qual foi desenvolvida para avaliar suporte social em soropositivos com HIV/AIDS. A escala é composta por 24 perguntas sobre o tipo apoio recebido, instrumental e emocional, e o nível de satisfação do paciente em relação a este. Utiliza escala tipo *Likert* de cinco pontos. Por ser de fácil e rápida aplicação, tem sido bastante utilizada em diversos contextos da saúde, em especial aqueles que atendem portadores de doenças crônicas, para avaliar a qualidade do suporte social e o nível de satisfação do paciente com o suporte recebido (Anexo 4).

4. Escala de Ansiedade e Depressão (HAD): escala para avaliar os níveis de ansiedade e depressão, utilizada com frequência para identificar transtornos de humor em pacientes que apresentem doenças diversas. Possui 14 questões e utiliza escala tipo *Likert* de cinco pontos. A escala define como escores indicativos subclínicos valores entre 0 e 11 pontos, e como desordem ou transtorno valores entre 12 e 21 pontos. É descrita como uma escala que possui aplicação rápida e simples. Nesse estudo utilizou-se a versão validada para o Brasil por Botega, Bio, Zomignani, Garcia e Pereira, 1995 (Anexo 5), desenvolvida a partir da versão original inglesa.

### **Considerações éticas**

O projeto para a pesquisa foi submetido a análise no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Brasília- UniCEUB, sendo iniciada a coleta de dados apenas após sua aprovação, sob o número de parecer 361.978.

Na CDRB há atendimento psicológico disponível para todos os pacientes, sendo assim, foi possível encaminhar todo paciente identificado com alguma dificuldade psicológica ao longo da pesquisa para atendimento pela equipe de psicologia.

### **Procedimentos Para Coleta de Dados**

Para selecionar os prováveis participantes, foi realizada a leitura prévia dos seus prontuários, observando-se os critérios de inclusão e exclusão. Os pacientes que se encaixavam no perfil da amostra eram convidados a participar da pesquisa e, quando aceitavam, eram informados que responderiam aos instrumentos na próxima sessão de hemodiálise e solicitava-se a assinatura do TCLE.

Quando o paciente chega à clínica para realizar hemodiálise fica por algum tempo na sala de espera aguardando a preparação da máquina e, antes de entrarem para o tratamento, é servido um lanche em sala específica. Logo após esse, o paciente é encaminhado para a sala em que realizará o tratamento hemodialítico, o qual poderá durar de uma a quatro horas, dependendo da frequência em que o paciente faz hemodiálise. Ao final, ele é desconectado da máquina, realiza-se um curativo local e ele pode seguir para sua residência.

Observou-se que o momento que antecede ao tratamento frequentemente é acompanhado por grande inquietação e ansiedade, assim como o momento em que o paciente está sendo desconectado da máquina. Por este motivo, optou-se por abordar os pacientes enquanto estavam conectados à máquina, momento no qual encontram-se geralmente mais



receptivos, podendo a coleta até mesmo figurar como atividade distrativa. Sendo assim, o convite para participar da pesquisa ocorreu durante a realização da hemodiálise, momento no qual foram explicados os objetivos da pesquisa e os aspectos éticos envolvidos. Caso aceitassem o convite, após o esclarecimento de eventuais dúvidas e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), eram aplicados os seguintes instrumentos: questionário semi-estruturado, Escala de Suporte Social (ESS) e Escala de Ansiedade e Depressão (HAD).

Para evitar que as informações clínico-médicas interferissem na avaliação do paciente pelo entrevistador, essas apenas foram coletadas após a aplicação dos instrumentos. Após consulta aos prontuários, foram registrados em uma planilha dados relativos ao ganho de peso interdialítico e aos níveis séricos de fósforo, potássio e hemoglobina. Registraram-se dados relativos aos últimos três meses de tratamento, anteriores à realização da pesquisa.

### **Procedimento para Análise de Dados**

Os dados coletados foram registrados e analisados com auxílio dos softwares *Excel* e do SPSS versão 19. Realizaram-se análises descritivas e correlacionais, buscando verificar a correlação entre os dados obtidos nas escalas utilizadas para avaliar suporte social e estados de humor, com o nível de adesão ao tratamento, o qual foi representado pela média dos níveis de potássio e fósforo nos exames dos últimos três meses, como também pela média de ganho interdialítico nesse mesmo período.

### **Resultados e discussão**

Foram convidados 33 pacientes, mas, dentre esses, dois se recusaram a participar e um não preencheu os requisitos, o que resultou em 30 participantes, sendo 27 atendidos via Sistema Único de Saúde e 3 por convênios de saúde diversos. A amostra foi composta por 11 mulheres (36%) e 19 homens (63%), que apresentaram como médias de idade 51,43 anos. Em sua maioria, como pode ser visualizado na Tabela 1, os participantes estavam em união marital (46,7%), possuíam baixo nível de escolaridade – até fundamental completo – (63,4%), encontravam-se aposentados ou recebendo auxílio doença (73,3%), e apresentavam co-morbidades (70%).

O tempo médio de tratamento dos participantes em geral foi de 7,56 anos, sendo que para os homens foi de 7,2 e para as mulheres de 8,15 anos de tratamento.

Tabela 1  
*Dados Sócio-demográficos da amostra estudada (N=30)*

Dados sócio-demográficos	Participantes
<b>Sexo</b>	
Feminino	11 (36,7%)
Masculino	19 (63,3%)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro	7 (23,3%)
Separado/divorciado	8 (26,7%)
Viúvo	1 (3,3%)
União marital	14 (46,7%)
<b>Escolaridade</b>	
Não-alfabetizado	3 (10,0%)
Alfabetizado	11 (36,7%)
Fundamental incompleto	5 (16,7%)
Médio completo	8 (26,7%)
Superior Completo	1 (3,3%)
Pós-graduado	2 (6,7%)
<b>Situação Profissional</b>	
Nunca trabalhou	2 (6,7%)
Desempregado	3 (10,0%)
Aposentado	16 (53,3%)
Auxílio-doença	6 (20,0%)
Ativo	3 (10,0%)
<b>Co-morbidades</b>	
Presente	21 (70,0%)
Ausente	9 (30,0%)

Foram analisados também os níveis de ansiedade e depressão dos participantes, principalmente por se considerar que essas variáveis psicológicas interferem frequentemente no modo de enfrentamento dos pacientes com relação ao tratamento. A avaliação dos participantes através da HAD indicou que os escores das mulheres apresentaram-se maiores que os dos homens tanto para ansiedade quanto para depressão, como mostra a Tabela 2.

Além disso, pode-se observar que a média para depressão foi similar à de ansiedade nas mulheres. Já nos participantes do sexo masculino, a média para depressão foi menor do que para a ansiedade, indicando que a depressão não foi tão prevalente quanto à ansiedade para esses participantes.

Tabela 2

*Níveis de ansiedade e depressão da amostra (N=30)*

	Média			Desvio-padrão		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Ansiedade	5,63	6,36	5,9	3,77	4,91	4,15
Depressão	3,26	6	4,27	2,73	2,97	3,07

Avaliando-se os dados da Tabela 3, é possível verificar que dentre os participantes com escores representativos de ansiedade ou depressão, a maior parte apresentou nível subclínico (ausente ou moderado). Os participantes do sexo masculino apresentaram maiores níveis de ansiedade subclínicas, enquanto as participantes do sexo feminino apresentaram maiores níveis de depressão (cl clinicamente significativo) de depressão.

Tabela 3

*Resultados descritivos para o HAD (subclínicos x transtorno/desordem)*

	Frequência			Frequência		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
	Ansiedade			Depressão		
Subclínicos	7	2	9	5	1	6
Transtorno	5	3	8	2	5	7

Foram analisados também os níveis de potássio e fósforo, bem como a média de peso ganho durante os últimos 3 meses de tratamento dos participantes (Tabela 4), identificando-se que as médias dos três meses avaliados, considerando todos os participantes, foram de 5,21mEq/L para potássio, 5,07mEq/L de fósforo e de 3,79kg de ganho de peso interdialítico.

Considerando-se que níveis acima de 6,0 para potássio, acima de 5,5 para fósforo e ganho de peso a partir de 2,5kg podem indicar não adesão ao tratamento, pode-se observar na amostra estudada que, embora os níveis de fósforo e potássio encontrem-se dentro dos valores citados, o ganho de peso entre as sessões de hemodiálise se destaca por encontrar-se no mínimo em 1,29 kg acima do recomendado. Tal dado indica maior dificuldade dos participantes para controlarem a ingestão hídrica entre as sessões de hemodiálise do que o consumo de alimentos ricos em fósforo e potássio.

Tabela 4

*Média mensal de ganho de peso interdialítico e níveis séricos de fósforo e potássio sanguíneos dos participantes*

Mês (Médias)	Potássio (mEq/L)	Fósforo (mEq/L)	Ganho de peso interdialítico (Kg)
1	5,01	5,11	3,92
2	5,26	4,91	4,07
3	5,36	5,17	3,56
Médias	5,21	5,07	3,79

Verificou-se também pouca variação ao longo dos três meses nos resultados relativos às variáveis selecionadas para avaliar o nível de adesão. Esse resultado indica que há probabilidade de os participantes manterem hábitos alimentares constantes. Além disso, os participantes do sexo masculino apresentaram médias superiores de potássio e de fósforo, bem como um ganho de peso maior do que o das mulheres (Tabela 5). Considerando-se que as taxas de referência são as mesmas para ambos os sexos, destaca-se que há diferenças entre os hábitos de homens e mulheres do estudo e que os homens apresentaram maior dificuldade de adesão ao tratamento nesse aspecto.

Tabela 5

*Média e desvio-padrão do ganho de peso interdialítico e níveis séricos de potássio e fósforo dos participantes da pesquisa nos meses estudados*

	Média			Desvio-padrão		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Potássio	5,43	4,98	5,21	1,22	0,75	0,99
Fósforo	5,17	4,96	5,07	1,55	1,57	1,56
Peso	3,87	3,7	3,79	1,3	2	1,65

Na Tabela 6 encontram-se os escores relativos ao suporte social emocional e instrumental, além de sua disponibilidade e satisfação relatada pelos participantes.

A média de disponibilidade utilizada como referência no estudo de validação da Escala de Suporte Social é de 3,85 para suporte emocional e de 3,62 para suporte instrumental. Ainda, na escala houve distribuição semelhante entre os participantes que relataram elevada satisfação e entre os que se encontravam muito insatisfeitos com o suporte recebido.

Nesse aspecto, o presente estudo apresentou-se de forma semelhante, com médias de 3,6 tanto para o suporte emocional quanto para o suporte instrumental, e predomínio de elevada satisfação com o suporte oferecido.

Tabela 6  
*Escala de Satisfação com o Suporte Social dos participantes*

	Suporte Emocional		Suporte Instrumental	
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Disponibilidade	3,6	0,68	3,8	0,7
Satisfação	3,6	0,52	3,6	0,55

Em relação à fonte de apoio social, as participantes do sexo feminino relataram receber maior suporte dos amigos (33,3%), seguidos pela família (29,6%), dados que se assemelham a outros estudos (Kusomota, 2005). Além disso, destaca-se o fato de nenhuma participante ter apontado os familiares que residem separados como fontes de suporte.

Já com relação aos participantes do sexo masculino, a maior parte indicou a família (43,8%) como aqueles que mais dão suporte, seguidos pela companheira (31,3%). Diferente das mulheres, os homens não indicaram como fonte de suporte o grupo religioso (Tabela 7).

Tabela 7  
*Representação da distribuição da rede de suporte social da amostra*

	Homens	Mulheres	Total
Familiares (residem juntos)	14 (43,8%)	8 (29,6%)	22 (73,4%)
Companheiro(a)	10 (31,3%)	7 (25,9%)	17 (57,5%)
Familiares (residem separados)	6 (18,8%)	0	6 (18,8%)
Amigos	1 (3,1%)	9 (33,3%)	10 (36,4%)
Grupo religioso	0	2 (7,4%)	2 (7,4%)
Vizinhos	1 (3,1%)	1 (3,7%)	2 (6,8%)

Nota: pode ter ocorrido mais de uma resposta por participante.

Realizando-se as análises de correlação entre os dados sócio-demográficos e os dados clínico-médicos (Tabela 8), através do método de *Spearman* para dados não paramétricos, pôde-se observar que os níveis de potássio apresentaram correlação positiva significativa com a escolaridade ( $r = 0,49$ ;  $p < 0,05$ ), o mesmo ocorrendo para os níveis totais de fósforo ( $r = 0,43$ ;  $p < 0,05$ ). Isso implica dizer que há uma tendência de pacientes com maior nível de escolaridade apresentarem maiores níveis de potássio e fósforo.

O estado civil dos participantes apresentou correlação negativa significativa com os níveis de potássio ( $r = -0,43$ ;  $p < 0,05$ ) e com o ganho de peso ( $r = -0,54$ ;  $p < 0,05$ ), indicando

que estar em relacionamento amoroso estável pode contribuir para que os pacientes apresentem menores níveis de potássio e de ganho de peso interdialítico, ou seja, melhor adesão.

O nível de depressão também apresentou correlação negativa significativa com nível médio de potássio, diferente do esperado, indicando que pacientes com maior nível de depressão apresentaram resultados mais baixos nos exames que avaliam nível de potássio, nos últimos três meses.

Considerando que na depressão pode haver redução do interesse por quase todas as atividades e marcantes alterações no apetite (American Psychiatric Association [ DSM- IV ], 2000), e que, como salientam Thomas e Alchieri (2005), tal estado do humor interfere no tratamento de pacientes renais crônicos, é possível inferir que a redução no desejo de se alimentar contribuiu para a redução das taxas de potássio observadas, substância bastante encontrada em alimentos como chocolate, feijão e batata. Além disso, pode-se observar que são frequentes os estudos que relatam a existência de desnutrição em pacientes renais crônicos, fato que pode ser atribuído a diversos fatores, como dificuldade em mudar hábitos alimentares já adquiridos, as restrições impostas pelo tratamento ou mesmo pouca orientação nutricional (Valenzuela, Giffoni, Cuppari & Canziani, 2003).

A seguir encontram-se listadas as correlações significativas identificadas, sendo elas:

- Pacientes fora de relacionamento estável tendem a apresentar co-morbidades ( $r = -0,39$ ;  $p < 0,05$ );
- Pacientes com co-morbidades tendem a ter um menor nível de fósforo sérico ( $r = -0,41$ ;  $p < 0,05$ ), mas maior ganho de peso interdialítico ( $r = 0,39$ ;  $p < 0,05$ );
- O nível sérico de fósforo tende a aumentar conforme aumenta o de potássio ( $r = 0,545$ ;  $p < 0,05$ );
- Pacientes com menor satisfação com o suporte instrumental tendem a apresentar maiores escores para depressão ( $r = -0,51$ ;  $p < 0,001$ );

A satisfação com a rede de suporte social tende a aumentar quanto mais esse está disponível, seja em relação ao suporte instrumental ( $r = 0,786$ ;  $p < 0,001$ ) ou ao suporte emocional ( $r = 0,789$ ;  $p < 0,001$ ).

Tabela 8

*Correlação entre dados sócio-demográficos e clínico-médicos (N=30)*

	Médias		
	Potássio	Fósforo	Ganho de peso
Escolaridade	0,49*	0,43*	0,31
Idade	0,17	0,07	0,14
Estado Civil	-0,43*	-0,34	-0,54*
Tempo de tratamento	0,02	0,29	-0,03
Ansiedade	-0,01	-0,004	-0,36
Depressão	-0,40*	0,13	-0,15
Satisfação com SE	0,17	-0,23	0,18
Satisfação com SI	0,01	-0,36	0,29
Disponibilidade de SE	0,05	-0,19	0,12
Disponibilidade de SI	0,30	-0,22	0,19

Nota: \*\*:p&lt;0,01, \*p&lt;0,05; correlação de Spearman

Para verificar a diferença entre as médias na HAD e na ESSS de acordo com o sexo do participante, foram realizadas análises não paramétricas utilizando-se teste Mann-Whitney U para dados não paramétricos. Como apresentado na Tabela 9, verificou-se diferença significativa nos níveis de depressão e de suporte social, indicando que as mulheres da amostra apresentavam significativamente mais humor depressivo e menor satisfação com o suporte social recebido. Considerando-se que as mulheres referiram como principais fontes de suporte social provedores diferentes dos homens, pode-se inferir que o suporte dos amigos não é suficiente para as mulheres e que mulheres tendem a receber menor suporte do núcleo familiar mais próximo, incluindo o companheiro. Tal dado indica a necessidade de trabalhar com os cuidadores das pacientes para aumentar e qualificar a oferta de suporte para pessoas do sexo feminino. Principalmente porque a percepção de menor suporte mostrou relação com maior presença de depressão.

Tabela 9

*Diferença entre os resultados dos participantes para ansiedade, depressão e satisfação com o suporte social (N=30)*

	Feminino (n=11)		Masculino (n=19)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Ansiedade (U=95,50; Z= -0,346; p=0,729)	6,36	1,017	5,63	3,77
Depressão (U=50,00; Z= -2,366; p=0,018)	6	0,829	3,26	2,73
Satisfação global com o Suporte Social (U=52,50; Z= -2,242; p=0,025)	3,93	1,12	3,51	0,91

Nota: realizado teste Mann-Whitney U para dados não paramétricos

As correlações apresentadas nesse estudo apontam para os desafios que as equipes precisam enfrentar para promover maior adesão dos pacientes renais crônicos e consequente redução de complicações e de mortalidade dessa população. Nesse aspecto, é relevante observar que aliado a problemas e falhas nas leis que regem a saúde atualmente, a terapêutica intermitente ou mesmo seu abandono constituem-se igualmente graves, sendo a principal causa de morbidade e mortalidade em portadores de doenças crônicas (Kruger, 2011). Por esse motivo, as equipes têm focado cada vez mais na promoção qualidade de vida (Rudnicki, 2014), o que implica em reflexões que devem ir além dos aspectos físicos, incluindo-se as variáveis psicológicas relacionadas ao tratamento (Miranda, 2012).

Dentre todas as mudanças que a doença renal traz, mudar o estilo de vida continua sendo o maior desafio tanto para a equipe multiprofissional quanto para o próprio paciente. A alteração da rotina familiar e o convívio social resultam muitas vezes em sobrecarga emocional, o que pode interferir na adesão do paciente e em sua adaptação (Barreto, Silva, Sezeremeta, Basílio & Marcon, 2011). Nesse aspecto, adesão ao tratamento depende de diversas variáveis, incluindo o acesso ao tratamento e medicamentos, idade, grupo cultural, socioeconômico, a equipe de saúde, dentre outros.

Dados do último censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2013) colocam o perfil do paciente dialítico como predominantemente masculino, com idade entre 19 e 64 anos. Tais dados condizem com os participantes da pesquisa, cuja parcela significativa era do sexo masculino, com média de idade de 51,43 anos. Nesse sentido, infere-se que alguns aspectos culturais da população masculina, como a reduzida frequência em consultas de rotina e outros cuidados básicos de saúde (Figueiredo, 2004), podem interferir significativamente no agravamento de problemas de saúde pré-existentes nessa população.

Quanto maior o tempo de tratamento dos pacientes em diálise, maior o número de co-morbidades presentes e, como consequência, maior o impacto na vida social, e na capacidade laborativa. É frequente o número de pacientes que encontram-se aposentados em definitivo ou de forma temporária, seja em função de complicações decorrentes da insuficiência renal, seja pela dificuldade em conciliar o tratamento hemodialítico e uma rotina de trabalho (Lara & Sarquis, 2004; Madeiro et al, 2010). Na amostra estudada encontrou-se maioria aposentada (53,3%) e com presença de co-morbidades (70%). Além disso, a presença de co-morbidades interfere na qualidade de vida dos pacientes de forma negativa (Kusomota, 2005).



Predominaram neste estudo participantes com baixo nível de escolaridade – nível fundamental (63,4%) - em consonância com outros estudos que apontam uma porcentagem entre 65,6% e 66% renais crônicos com fundamental completo ou médio incompleto (Kusomota, 2005; Madeiro, Machado, Bonfim, Braqueais & Lima, 2010). Nesse sentido, a baixa instrução e conseqüente desconhecimento sobre a insuficiência renal pode implicar em reduzido autocuidado em grupos de risco, o que interfere substancialmente na incidência.

Por outro lado, na presente pesquisa, verificou-se que os níveis de potássio possuíam correlação positiva significativa com a escolaridade ( $r = 0,49$ ;  $p < 0,05$ ), o mesmo ocorrendo para os níveis totais de fósforo ( $r = 0,43$ ;  $p < 0,05$ ). Tal achado demonstra uma tendência de pacientes com maior nível de escolaridade apresentarem maiores níveis de potássio e fósforo, porém deve-se ressaltar que o número de participantes com baixo nível de escolaridade foi mais prevalente, o que pode implicar em viés neste quesito e dificultar a comparação entre os participantes de acordo com o nível de escolaridade. De maneira geral, os pacientes que apresentaram potássio elevado também apresentaram fósforo em níveis altos.

O potássio e o fósforo são encontrados principalmente em frutas, verduras, carnes e outros alimentos de origem animal, além de soja, refrigerantes e cerveja. A literatura aponta que o baixo consumo de hortaliças e verduras relaciona-se com rendimento familiar, escolaridade e estilo de vida, além das características do local da moradia e cultura alimentar do grupo (Jorge, Martins & Araújo, 2008). Ainda, o nível de escolaridade tem sido associado a um maior ou menor acesso aos bens de serviço e preocupação ou informação sobre saúde (Salles-Costal et al., 2008).

O resultado desta pesquisa evidencia que é necessário que a equipe multiprofissional aborde aspectos específicos do comportamento alimentar de acordo com o nível de escolaridade dos pacientes em diálise, visto que uma abordagem diferenciada pode interferir significativamente na adesão dos diferentes grupos. Deve-se lembrar que pessoas mais bem informadas tendem a relacionar o consumo de frutas, verduras e soja com alimentação saudável e a investir nesse tipo de dieta, podendo haver dificuldade para quebrar tais hábitos e crenças quando confrontadas com as orientações de uma dieta restritiva em relação a tais alimentos ao adquirirem a doença renal crônica.

Parcela predominante da amostra encontrava-se em união marital (46,7%). Como identificou-se maior possibilidade de pacientes em relacionamento estável apresentarem

menores níveis de potássio e o ganho de peso, pode-se inferir que o predomínio de participantes com companheiros colaborou para que a média de potássio estivesse adequada na amostra, considerando-se que a alimentação em geral é realizada em conjunto com o companheiro, diferente do que ocorre com a ingestão de líquidos. Como salienta-se na literatura, o suporte social oferecido de maneira mais frequente pelos familiares e o fato dos pacientes estarem-se em um relacionamento estável contribuem para melhorar seu autocuidado, adesão e qualidade de vida (Madeiro et al, 2010).

Deve-se ressaltar que nesta pesquisa as mulheres referiram menor suporte social do que os homens, fato também observado em outros estudos e que reforça diferenças na adaptação e enfrentamento (Erbs et al., 2011; Rigotto, 2006), sinalizando a importância em considerar-se as diferenças de sexo e seus respectivos papéis na cultura no que diz respeito ao trabalho a ser realizado pela equipe multiprofissional em relação à rede de suporte social dos pacientes.

Ainda em relação às co-morbidades, na presente amostra os pacientes com co-morbidade mantinham maior ganho de peso interdialítico, porém menores taxas de fósforo. Nesse aspecto a equipe pode ter um papel fundamental, visto que o tratamento já apresenta orientações complexas e que muitas vezes não são completamente compreendidas pelo paciente, o que pode ficar ainda mais difícil seu completo seguimento na presença de co-morbidades. Assim, a criação de estratégias e investimento em aumento do conhecimento do paciente sobre sua saúde pode favorecer muito sua adesão, além da orientação em torno da família e do paciente ao invés de colocá-lo como ser passivo no tratamento (Bloom et al., 2011).

Além disso, participantes fora de relacionamento estável tenderam a ter co-morbidades. Entendendo-se a importância do suporte social para pacientes IRC e observando-se que a maior fonte de suporte referida pelos participantes foi do cônjuge, é relevante observar os fatores protetivos que podem ocorrer num relacionamento estável satisfatório, visto que esses podem favorecer um maior autocuidado do paciente e representar maior suporte para desempenho de tarefas rotineiras, além de maior satisfação geral.

Esses dados reforçam a importância que o suporte social tem na vida dessa população em vários aspectos, incluindo o estado de humor, em relação ao qual foi identificada relação entre maior nível de depressão e menor satisfação com o suporte instrumental. Nesse sentido,

favorecer a interação entre o paciente e sua rede de suporte, como também orientar os cuidadores sobre melhores formas de prover suporte social, faz-se relevante como estratégias para redução ou retardo no aparecimento de co-morbidades e promoção de saúde mental. Tais ações poderiam até mesmo contribuir para aumentar a sobrevida do paciente, principalmente levando-se em consideração que o paciente renal tende a apresentar co-morbidades com o passar dos anos que podem evoluir para complicações diversas que afetam sua qualidade de vida, sendo necessário mais pesquisas para avaliar tal contribuição.

Muitos estudos apontam que as mulheres apresentam maior prevalência de depressão que homens (Angst, como citado em Justo & Calil, 2006), seja em decorrência de variações hormonais, seja por diferenças sócio familiares (Justo & Calil, 2006). Embora a maioria dos participantes tenha apresentado níveis subclínicos para ansiedade e depressão, também foram observadas diferenças significativas entre os sexos. Dessa forma, participantes do sexo masculino apresentaram maiores níveis de ansiedade subclínica, enquanto participantes do sexo feminino apresentaram maiores níveis de desordem de depressão, corroborando os dados da literatura e indicando que estratégias de intervenção poderiam incluir o manejo de ansiedade para os homens e o enfrentamento de situações que desencadeiam humor depressivo nas mulheres.

Já com relação às médias dos níveis séricos de potássio, fósforo e ganho de peso interdialítico durante os 3 meses, verificou-se que apenas o ganho de peso encontrava-se acima do recomendado, sugerindo dificuldade de adesão. Tal achado indica que a maior dificuldade dos pacientes encontra-se no controle hídrico. Ainda, a pequena variação ao longo dos três meses nas variáveis médico-clínicas avaliadas pode sinalizar uma constância nos hábitos, tornando mais difícil a realização de mudanças e reforçando a importância de um trabalho constante para auxiliar na adesão do paciente.

A adesão do paciente renal é um grande desafio para as equipes multiprofissionais, principalmente por se tratar de hábitos adquiridos ao longo da vida do paciente e que necessariamente precisam ser modificados de forma permanente e rigorosa para garantir seu bem-estar e sobrevida (Reis, Guirardello & Campos, 2008). Além disso, é relevante compreender o entendimento do paciente em relação ao que deve ser seguido, considerando-se que ocorre uma tendência em creditar à medicação a maior parcela do tratamento e negligenciar as demais condutas, que voltam à tona somente em situações de piora significativa da saúde (Rudnicki, 2014). Nesse aspecto, fortalece-se a indicação de práticas

de educação em saúde, focadas na ampliação da compreensão do paciente, possibilitando que se torne mais ativo em seu tratamento, e considerando suas questões individuais para favorecer o processo de mudança.

Se a adesão é um processo multifatorial (Maldaner, Beuter, Brondani, Budó & Pauletto, 2008), torna-se fundamental que a equipe esteja atenta às variáveis que interferem de maneira negativa. Além disso, outro fator deve ser considerado com relação às dificuldades na restrição hídrica dos participantes é o clima predominantemente seco da cidade de Brasília, na qual foram coletados os dados. Nesse sentido, manter as restrições em longos períodos de clima seco pode ser ainda mais difícil para os pacientes que em outras localidades.

O nível de depressão também apresentou correlação negativa significativa com nível médio de potássio. Nesse sentido, pacientes que apresentaram resultados mais baixos nos exames que avaliam nível de potássio, nos últimos três meses, apresentaram maior nível de depressão na avaliação, o que demonstra a relação entre humor e autocuidado no paciente. De acordo com o DSM, na depressão ocorrem alterações significativas do apetite (redução significativa ou fixação em alimentos específicos), além de perda de interesse ou prazer em realizar atividades rotineiras. Assim, alterações do humor podem interferir na dieta desses pacientes, tanto significando aumento exagerado quanto na redução do desejo de alimentar-se (DSM-IV). Além disso, verificou-se que os níveis de potássio oscilaram e se correlacionaram mais com humor, o que não ocorreu com os de fósforo. Considerando-se que as principais fontes de potássio estão relacionadas à situação socioeconômica e cultura alimentar (Jorge et al, 2008) e que essa relação com o fósforo é mais estável, pode ser relevante para as equipes invistam mais nas orientações relacionadas ao consumo de alimentos ricos em potássio para favorecer a estabilidade no consumo do potássio pelos pacientes.

É relevante que as equipes multidisciplinares tenham como foco as diferenças na adesão entre homens e mulheres e as formas de enfrentamento características de cada população, que frequentemente pode ser influenciada por fatores socioeconômicos e culturais. A individualização do atendimento às necessidades específicas de cada paciente e de acordo com seu perfil social e emocional, pode maximizar as ferramentas de intervenção disponíveis e favorecer mudanças a longo prazo. Nesse aspecto, sugere-se que as equipes considerem as especificidades identificadas no presente trabalho para direcionarem melhor

o foco das intervenções. A seguir são relacionadas orientações para aprimorar a assistência oferecida à população estudada, de acordo com os dados coletados:

- Deve-se atentar para o nível de depressão nas mulheres e de ansiedade nos homens, verificando se estão interferindo na adesão dos pacientes;
- Pacientes solteiros devem ser foco de atenção da equipe, favorecendo-se o uso de estratégias que contribuam para sua adesão e dependam em menor grau da colaboração de terceiros;
- Nas intervenções com pacientes com maiores níveis de escolaridade, deve-se reforçar a orientação sobre o consumo de alimentos que interferem nos níveis de potássio e fósforo, esclarecendo-se as diferenças entre a nova dieta e a popularmente denominada “dieta saudável” e informando as consequências da não adesão;
- Pacientes deprimidos podem apresentar redução no nível de potássio e, apesar dessa redução ser desejada, a equipe deve ficar atenta em relação ao seu estado de humor;
- Intervenções educativas sobre fósforo e potássio podem ter bons resultados se realizadas em conjunto, assim como o seu monitoramento, dado que as alterações em seus níveis séricos mostram correlação positiva significativa e o paciente poderia se beneficiar se aprendesse a diferenciar os alimentos ricos em uma e outra substância;
- O investimento em intervenções psicoeducacionais que favoreçam o controle do ganho de peso interdiálise desde o início do tratamento pode colaborar para a redução do número de co-morbidades;
- Favorecer, estimular e orientar a rede de suporte social dos pacientes sobre a oferta de adequado suporte emocional pode colaborar para diminuir a incidência de transtornos de humor ao longo do tratamento;
- É necessário intensificar as intervenções para aumentar a qualidade e quantidade do suporte social familiar fornecido às mulheres em hemodiálise.

### **Considerações finais**

Esta pesquisa buscou correlacionar os diferentes fatores mais encontrados na literatura atual sobre adesão à terapêutica de pacientes renais crônicos em hemodiálise. Dessa forma, objetivou-se mensurar essas variáveis em um grupo de participantes de maneira simples e que facilitasse a compreensão dos mesmos a respeito de instrumentos utilizados.

Algumas dificuldades foram encontradas na pesquisa, sendo a pouca literatura específica de psicologia disponível na área a mais relevante. Além dessa, a ausência de um maior número de participantes, visto que no momento da sessão dialítica é frequente o adormecer, muitas vezes profundo, dos pacientes, o que dificultou a realização de mais convites para participação da pesquisa dentro do período de tempo reservado para a coleta de dados. Nesse aspecto, observa-se que houve limitação da pesquisa pelo baixo número de sujeitos estudados, diminuindo a condição de generalização dos resultados para a população estudada, o que demanda novos estudos com amostras mais representativas.

Ainda que com amostra reduzida, o trabalho pode contribuir para o início de outros estudos e para fornecer informações que subsidiem as equipes para um melhor direcionamento inicial em suas intervenções, favorecendo a adesão e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

## Referências

- Abreu-Rodrigues, M. (2008). Apoio social disponibilizado por cuidadores de pacientes coronarianos: Efeitos de intervenção comportamental (Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde da Universidade de Brasília, Brasília). Retirado de [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/4838/1/2008\\_MarcelaAbreuRodrigues.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/4838/1/2008_MarcelaAbreuRodrigues.pdf)
- Abreu-Rodrigues, M. & Seidl, E. (2008). A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia, Ribeirão Preto*, 18(40), 279-288. Retirado de <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2008000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000200006&lng=pt&nrm=iso)>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª Ed., Washington. DC, 1994 (trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000)
- Barreto, M., Silva, M., Sezeremeta, D., Basílo, G., & Marcon, S. (2011). Conhecimentos em saúde e dificuldades vivenciadas no cuidar: perspectiva dos familiares de pacientes em tratamento dialítico. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(4), 722-730. Retirado de <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18316>
- Botega, N.; Bio, M.; Zomignani, M.; Garcia Jr., C. & Pereira, W. (1995). Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista Saúde Pública*, 29(5), 355-363. Retirado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0034-89101995000500004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-89101995000500004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
- Bloom, et al. (2011). *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: *World Economic Forum*. Retirado de <http://www.weforum.org/EconomicsOfNCDappendix>
- Erbs, G., Luz, H., Deboni, L., Vieira, M., Sicogna, P., & Silva, R. (2011). A insuficiência renal crônica: a qualidade de vida e as questões de gênero. Retirado de: <http://www.prorim.org.br/2011/uploads/publication/794d2b89234dd4d531405f04704d3b96a43f3602.pdf>
- Gullo, A.; Lima, A., & Silva, M. (2000). Reflexões sobre comunicação na assistência de enfermagem ao paciente renal crônico. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 34(2), 209-212. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a11.pdf>
- Jorge, M., Martins, I., & Araújo, E. (2008). Diferenciais socioeconômicos e

- comportamentais no consumo de hortaliças e frutas em mulheres residentes em município da região metropolitana de São Paulo. *Revista de Nutrição*, 21(6), 695-703. Retirado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732008000600008&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000600008&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S1415-52732008000600008
- Justo, L., & Calil, H. (2006). Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 74. Retirado de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/74.html>
- Kusomota, L. (2005). *Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes em Hemodiálise*. (Tese de doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo). Retirado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-22022006-094219/pt-br.php>
- Kruger, T. (2011). *Adesão ao tratamento em pacientes renais crônicos: uma revisão integrativa* (Dissertação de graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Retirado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/35943>
- Lara, E., & Sarquis, L. (2004). O paciente renal crônico e sua relação com o trabalho. *Revista Cogitare enfermagem*, 9(2), 99-106. Retirado de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/1721/1429>
- Lima, A., & Gualda, D. (2001). História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 35(3), 235-41. Retirado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-2342001000300006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-2342001000300006&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Maldaner, C. Beuter, M., Brondani, C., Budó, M., & Pauletto, M. (2008). Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(4), 647-53. Retirado de: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7638>
- Madeiro, A., Machado, P., Bonfim, I., Branquais, A., & Lima, F. (2010). Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 23(4), 546-51. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16.pdf>
- Ministério da Saúde. (2002). Estatísticas Essenciais SUS 1999-2000. Série G. *Estatística e Informação para a Saúde*, (22). Retirado de <http://>



- bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatisticas\_992000.pdf
- Organização Mundial da Saúde. CID-10. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª revisão, 2008. Retirado de <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
- Pascoal, M.; Kioroglo, P.; Bruscato, W.; Miorin, L.; Sens, Y., & Jabur, P. (2009). A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 12(2), 02-11. Retirado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582009000200002&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582009000200002&script=sci_arttext)
- Perazzolo, L. (2008). *Análise dos fatores envolvidos na adesão ao tratamento dietoterápico para pacientes da hemodiálise do HCPA* (Dissertação de graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008). Retirado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/16017>
- Reis, C., Guirardello, E., & Campos, C. (2008). O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(03), 336-341. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a10v61n3>
- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Revista Análise Psicológica*, 3(17), 547-558. Retirado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf>
- Rigotto, D. (2006). *Evidências de validade entre suporte familiar, suporte social e autoconceito*. (Dissertação de mestrado em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba-SP). Retirado de [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=80083](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=80083)
- Salles-Costal, R., Pereira, R., Vasconcelos, M., Veiga, G., Martins, V., Jardim, B., Gomes, F., & Schieri, R. (2008). Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista de Nutrição*, 21(0), 99-109. Retirado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732008000700009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732008000700009&script=sci_arttext)
- Schmidt, M., Duncan, B., Silva, G., Menezes, A., Monteiro, C., Barreto, S., Chor, D., & Menezes, P. (2011). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, 6(4), 61-74. Retirado de:

- <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>
- Seidl, E.e Tróccoli, B. (2006). Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/aids. *Psicologia: teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326. Retirado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0102-37722006000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-37722006000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
- Sgnaolin, V., & Figueiredo A. (2012). Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 34(2), 109-116. Retirado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002012000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002012000200002&script=sci_arttext)
- Siqueira, M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388. Retirado de <http://scielo.br/pdf/pe/v13n2/a21v13n2.pdf>
- Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2011). Senso 2011 Sociedade Brasileira de Nefrologia. Retirado de <http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?censo>
- Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2013). Doenças comuns: insuficiência renal. Retirado de <http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?insuficienciaRenal&menu=24>
- Terra, F. (2007). *Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário* (Dissertação de Mestrado, Universidade José do Rosário Vellano, 2007). Retirado de [http://tede.unifenas.br/tde\\_busca/processaArquivo.php?codArquivo=19](http://tede.unifenas.br/tde_busca/processaArquivo.php?codArquivo=19)
- Thomas, & Alchieri. (2005). Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à Hemodiálise. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 57-64. Retirado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-4712005000100007&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-4712005000100007&script=sci_arttext)
- Valenzuela, R., Giffoni, A., Cupari, L., & Canziani, M. (2003). Estado nutricional de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise no Amazonas. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(1), 72-78. Retirado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302003000100037&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000100037&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0104-42302003000100037

## Anexo 1

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do **projeto de pesquisa “Avaliação da influência do suporte social e estados de humor na adesão de pacientes renais crônicos em hemodiálise”**. Tal pesquisa é realizada por Paula Rosa Kondo, como parte da sua Especialização em Psicologia Hospitalar e da Saúde no Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento - IBAC.

O objetivo desta pesquisa é **verificar se há influência do suporte social que os pacientes recebem e da forma como se sentem (estados de humor) no seguimento das orientações fornecidas pela equipe de saúde sobre o tratamento.**

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através da resposta a três questionários que avaliarão: (1) seus dados sócio-demográficos; (2) como se sente ultimamente (níveis de ansiedade e depressão); (3) o suporte social que tem recebido. Ainda, para conhecermos como está seu quadro clínico, será necessário que autorize o acesso às informações contidas no seu prontuário. Caso concorde e assine esse termo de consentimento, os questionários serão aplicados neste momento, sendo o prontuário consultado depois.

Em relação aos questionários, não existem respostas certas ou erradas, apenas procuro saber como se encontra neste momento. Em relação ao prontuários, coletarei informações sobre os níveis séricos de fósforo e potássio, como também sobre o ganho de peso interdialítico nos últimos três meses. Caso sinta qualquer incômodo ou constrangimento, poderá se recusar a responder qualquer uma das questões dos questionários, como também poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Sua participação é voluntária, isto é, não há custos para o(a) senhor(a) e nem pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento e na Clínica de Doenças Renais de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Entretanto, em nenhum caso sua identidade será revelada durante a

divulgação dos resultados da pesquisa. Todos os dados e materiais utilizados nesta pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com a psicóloga Paula Rosa Kondo através do e-mail: [paularosa@gmail.com](mailto:paularosa@gmail.com) ou telefone (61) 9817-7294.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), parecer de número 361.978. As dúvidas com relação à pesquisa podem ser respondidas através do telefone: (61) 3966-1200. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

*Paula Rosa Kondo* - Psicóloga

CRP: 01-12943

Pesquisadora Responsável

---

Participante/Assinatura

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## Anexo 2

Questionário semiestruturado			
Data:			
Iniciais do nome:			
Sexo: ( )F ( )M		Data de nascimento:	Idade:    anos
Estado civil	Escolaridade	Situação profissional	
1. ( ) solteiro(a)	1. ( ) não alfabetizado	1. ( ) ativo	
2. ( ) união marital	2. ( ) Ens. fund. incompleto	2. ( ) nunca trabalhou	
3. ( ) divorciado(a)/separado(a)	3. ( ) Ens. fund. completo	3. ( ) desempregado	
4. ( ) viúvo(a)	4. ( ) Ens. médio incompleto	4. ( ) licença médica	
	5. ( ) Ens. Médio completo	5. ( ) aposentado	
	6. ( ) Ens. sup. incompleto	6. ( ) auxílio doença	
	7. ( ) Ens. sup. completo	7. ( ) pensionista	
	8. ( ) Pós-graduação		
Tempo desde o diagnóstico:	Co-morbidade com outras doenças: ( ) sim ( ) não	Tempo de tratamento:	
	Qual?		
Telefones/e-mail para contato:			

### Anexo 3

Taxas dos últimos Exames				
Paciente	Período	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Níveis de potássio sanguíneos			
	Níveis de fósforo sanguíneos			
	Total de peso ganho			
	Período	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Níveis de potássio sanguíneos			
	Níveis de fósforo sanguíneos			
	Total de peso ganho			
	Período	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Níveis de potássio sanguíneos			
	Níveis de fósforo sanguíneos			
	Total de peso ganho			
	Período	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Níveis de potássio sanguíneos			
	Níveis de fósforo sanguíneos			
	Total de peso ganho			
	Período	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Níveis de potássio sanguíneos			
	Níveis de fósforo sanguíneos			
	Total de peso ganho			
	Período	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Níveis de potássio sanguíneos			
	Níveis de fósforo sanguíneos			
	Total de peso ganho			
	Período	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Níveis de potássio sanguíneos			
	Níveis de fósforo sanguíneos			
	Total de peso ganho			

## Anexo 4

### ESCALA DE SUPORTE SOCIAL

Este questionário é sobre o apoio ou ajuda que você tem recebido de diferentes pessoas com quem você se relaciona. Por favor, informe a frequência dos diferentes tipos de apoio que tem recebido em relação ao diagnóstico de insuficiência renal crônica e a sua satisfação quanto a cada um deles. Pedimos que não deixe nenhuma questão em branco. Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração!

**1. Você tem recebido apoio de alguém em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?** (Exemplo: tomar conta dos filhos quando você tem consulta, cuidar da casa nos dias de consulta ou qualquer outra situação)

1	2	3	4	5
Nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

**1.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**2. Você tem recebido apoio de alguém em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

**2.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**1. Você tem recebido apoio de alguém em atividades práticas do seu dia-a-dia?**

(Exemplo: arrumação da casa, ajuda no cuidado dos filhos, preparo de refeições ou qualquer outra coisa)

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

**3.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito Insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**4. Você tem recebido apoio de alguém em relação ao seu próprio cuidado de saúde?**

(Exemplo: lembrar a hora de um medicamento ou o dia de fazer um exame, comprar um remédio para você, acompanhar em uma consulta ou qualquer outra situação)

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

**4.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**5. Você tem recebido apoio de alguém com quem você pode contar em caso de necessidade?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre



**5.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**Com base nos tipos de apoio mencionados acima (questões 1 a 5), marque na lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de apoio a você.**

- ( ) esposo(a), companheiro(a) ou namorado(a)
- ( ) pessoa(s) da família que mora(m) comigo. Quem? \_\_\_\_\_
- ( ) pessoa (s) da família que não mora(m) comigo. Quem? \_\_\_\_\_
- ( ) amigo(s)
- ( ) chefe ou colega(s) de trabalho
- ( ) vizinho(s)
- ( ) profissionais de saúde
- ( ) outra pessoa. Quem? \_\_\_\_\_

**6. Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

**6.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**7. Você tem recebido apoio de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

**7.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**8. Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

**8.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**9. Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir integrado socialmente?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

**9.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**10. Você tem recebido apoio de alguém que lhe ajuda a melhorar o seu humor, seu astral?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

**10.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**11. Você tem recebido apoio de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

**11.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**Com base nos tipos de apoio mencionados acima (questões 1 a 5), marque na lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de apoio a você.**

- ( ) esposo(a), companheiro(a) ou namorado(a)
- ( ) pessoa(s) da família que mora(m) comigo. Quem? \_\_\_\_\_
- ( ) pessoa (s) da família que não mora(m) comigo. Quem? \_\_\_\_\_
- ( ) amigo(s)
- ( ) chefe ou colega(s) de trabalho
- ( ) vizinho(s)
- ( ) profissionais de saúde
- ( ) outra pessoa. Quem? \_\_\_\_\_

- **Você tem recebido algum outro tipo de apoio?**

---

---

---

---

- **Você gostaria de fazer algum comentário ?**

---

---

---

---

**Anexo 5**

**ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HAD)**

<b>DADOS PESSOAIS</b>			
<b>NOME</b>			
<b>ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE</b>			
<b>Assinale com “X” a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.</b>			
<b>1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):</b>			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> nunca [0]
<b>2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:</b>			
<input type="checkbox"/> sim, do mesmo jeito que antes [0]	<input type="checkbox"/> não tanto quanto antes [1]	<input type="checkbox"/> só um pouco [2]	<input type="checkbox"/> já não consigo ter prazer em nada [3]
<b>3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer</b>			
<input type="checkbox"/> sim, de jeito muito forte [3]	<input type="checkbox"/> sim, mas não tão forte [2]	<input type="checkbox"/> um pouco, mas isso não me preocupa [1]	<input type="checkbox"/> não sinto nada disso[1]
<b>4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas</b>			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> atualmente um pouco menos[1]	<input type="checkbox"/> atualmente bem menos[2]	<input type="checkbox"/> não consigo mais[3]
<b>5. Estou com a cabeça cheia de preocupações</b>			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> raramente[0]
<b>6. Eu me sinto alegre</b>			
<input type="checkbox"/> nunca[3]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[1]	<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[0]
<b>7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:</b>			
<input type="checkbox"/> sim, quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> nunca[3]
<b>8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:</b>			
<input type="checkbox"/> quase sempre[3]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[1]	<input type="checkbox"/> nunca[0]
<b>9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:</b>			

<input type="checkbox"/> nunca[0]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase sempre[3]
<b>10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:</b>			
<input type="checkbox"/> completamente[3]	<input type="checkbox"/> não estou mais me cuidando como eu deveria[2]	<input type="checkbox"/> talvez não tanto quanto antes[1]	<input type="checkbox"/> me cuido do mesmo jeito que antes[0]
<b>11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:</b>			
<input type="checkbox"/> sim, demais[3]	<input type="checkbox"/> bastante[2]	<input type="checkbox"/> um pouco[1]	<input type="checkbox"/> não me sinto assim[0]
<b>12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir</b>			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> um pouco menos que antes[1]	<input type="checkbox"/> bem menos do que antes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]
<b>13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:</b>			
<input type="checkbox"/> a quase todo momento[3]	<input type="checkbox"/> várias vezes[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> não senti isso[0]
<b>14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:</b>			
<input type="checkbox"/> quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> várias vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]
<b>RESULTADO DO TESTE</b>			
<b>OBSERVAÇÕES:</b>			
<b>Ansiedade: [ ] questões (1,3,5,7,9,11,13)</b>		<b>Score: 0 – 7 pontos: improvável</b>	
<b>Depressão: [ ] questões (2,4,6,8,10,12 e 14)</b>		<b>8 – 11 pontos: possível – (questionável ou duvidosa)</b>	
		<b>12 – 21 pontos: provável</b>	
<b>NOME RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TESTE</b>			
<b>DATA</b>			