



Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

**Gravidez na Insuficiência Renal Crônica – Um  
estudo de caso**

Maritza Luz Barbosa

Brasília  
Abril de 2015



IBAC

Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

# **Gravidez na Insuficiência Renal Crônica – Um estudo de caso**

Maritza Luz Barbosa

Monografia apresentada ao Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar.  
Orientadora: Marina Kohlsdorf

Brasília  
Abril de 2015



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

### **Folha de Avaliação**

**Autora:** Maritza Luz Barbosa

**Título:** Gravidez na Insuficiência Renal Crônica – Um estudo de caso

**Data da Avaliação:** 29 de maio de 2015

Banca Examinadora:

---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Marina Kohlsdorf

---

Membro: Juciléia Rezende Souza

---

Membro: Alessandra da Rocha Arrais

Brasília  
Abril de 2015

Aos profissionais de saúde que tentam,  
todos os dias, proporcionar afeto e conforto  
àqueles que compadecem.

## **Agradecimentos**

Agradeço à minha família que sempre esteve ao meu lado ao longo da jornada da profissão, ainda mais em tempos tão adversos e tão intensos como nosso último ano. Com uma saudade sem tamanho daquele que sempre me inspirou a ser tão dedicada ao trabalho: meu pai.

Aos professores e profissionais de saúde que tive o presente de ter em minha vida desde que escolhi trilhar a psicologia. Sem vocês, tudo seria mais exaustivo e doloroso. Agradeço, em especial, à Thais, minha companheira de horas de estudo, trabalhos, cursos e congressos.

Aos amigos, pela paciência, ausência e pelo apoio de sempre!

## Sumário

Folha de Avaliação	I
Dedicatória	Ii
Agradecimentos	iii
Sumário	Iv
Resumo	v
Introdução	1
Método	6
Considerações metodológicas sobre o estudo de caso	7
Participantes, local e procedimentos	9
Resultados e Discussão	10
Conclusão	24
Referências Bibliográficas	26

## Resumo

O adoecimento crônico gera importantes impactos emocionais, considerando que há inúmeros fatores de estresse psicossocial na vigência do tratamento. Assim, é importante avaliar os recursos de enfrentamento da gestação na insuficiência renal crônica, além de avaliar a rede de suporte social. Para tal, será apresentado estudo de caso com o objetivo de relacionar aspectos psicológicos do adoecimento crônico à gestação na insuficiência renal crônica. Verificou-se que a tríade paciente-família-equipe sofreu impactos frente à perda fetal e a necessidade permanente de tratamento renal substitutivo. Torna-se fundamental a presença do acompanhamento psicológico ao longo de todo o processo a fim de promover recursos emocionais funcionais e adaptação adequada ao contexto de adoecimento.

Palavras-chave: gravidez; doenças renais; metodologia; enfrentamento; rede de suporte; estresse.

De acordo com site da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2014), a insuficiência renal (IR) é a perda da função dos rins, podendo ser aguda (IRA) ou crônica (IRC). A IRA costuma acometer pacientes com doenças graves em que os rins podem parar de funcionar adequadamente de forma abrupta, mas tal processo é apenas temporário. Já a IRC é caracterizada como a perda lenta, progressiva e irreversível da função renal. Como a perda é lenta e progressiva, o paciente pode permanecer sem sintomas até que tenha perdido cerca de 50% da função renal.

A necessidade de iniciar um tratamento renal substitutivo ocorre quando a função dos rins está reduzida a 10-12% da função normal. Os tratamentos renais substitutivos mais utilizados são a diálise e o transplante renal, sendo que a diálise ainda divide-se em diálise peritoneal e hemodiálise. A diálise peritoneal e a hemodiálise fazem com que substâncias que estavam acumuladas no sangue, além do próprio excesso de líquido, sejam eliminados. No primeiro caso, o processo ocorre quando o sangue que circula nos vasos sanguíneos do peritônio entra em contato com o líquido de diálise, que é introduzido na cavidade abdominal através de um cateter. No caso seguinte, o sangue é filtrado por uma máquina e é realizada no hospital (ou clínicas especializadas) três vezes por semana com duração de quatro horas cada sessão ([www.sbn.org.br](http://www.sbn.org.br), 2014).

Por fim, o transplante renal consiste na doação de um rim saudável de uma pessoa viva ou falecida em que esse rim é implantado no paciente por uma cirurgia a fim de exercer as funções de filtração e eliminação de líquido e toxinas, de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia em 2014. Segundo o censo 2011 da SBN, são 91314 pessoas em diálise no território nacional sendo que 66,9% estão na faixa etária de 19 a 64 anos.

O tratamento para a IRC é, portanto, contínuo para a manutenção da vida e traz a necessidade de uma adaptação do paciente e dos familiares a uma rotina de cuidados e procedimentos médicos constantes. A partir disso, Daugirdas, Blake e Ing (2008) pontuam quais são os problemas psicológicos mais encontrados na população com IRC e em tratamento



dialítico, considerando que se trata de uma população que está sendo influenciada por inúmeros fatores de estresse psicossocial. Tais fatores estariam relacionados aos efeitos da doença e do tratamento, incluindo limitações físicas, restrições alimentar e hídrica, limitação do tempo e medo da morte. Os autores enumeram, então, os seguintes problemas psicossociais: depressão, demência/*delirium*, ansiedade e transtornos do comportamento, problemas conjugais, disfunção sexual, problemas socioeconômicos, reabilitação e piora nos indicadores de qualidade de vida.

Daugirdas *et al* (2008) defendem que a depressão é o problema mais frequente e está relacionada a uma adesão insatisfatória às prescrições médicas e ao risco de suicídio. Vale aqui definir a compreensão de adesão ao tratamento utilizada nesse estudo de caso. De acordo com a OMS (em Mion & Gusmão, 2006), a adesão é tida como a concordância do comportamento do paciente com as prescrições da equipe de saúde. Em um conceito mais amplo, Mion e Gusmão (2006) citam um estudo de Mil *et al* de 1997 em que a adesão ao tratamento é tida como um meio para se alcançar os fins. Ou seja, a adesão seria uma forma de minimizar os sinais e sintomas de uma doença a fim de possibilitar uma melhor qualidade de vida. Assim, a adesão ao tratamento traz, em seu conceito, a ideia da responsabilização e participação ativa do paciente e dos membros da equipe de saúde e da rede de suporte.

A partir do uso do BDI (*Beck Depression Inventory*) e da Escala Hamilton, Daugirdas *et al* (2008) estima que a depressão ocorra em 10% a 50% dos pacientes em diálise. É importante destacar que a depressão ao qual o autor se refere é o quadro de sinais e sintomas descritos no CID 10 e no DSM IV que fazem parte de uma categoria diagnóstica definida.

Já na descrição da ansiedade e dos transtornos do comportamento, Daugirdas *et al* (2008) levanta questões relativas ao comportamento do paciente com a equipe de saúde e pontua a agressividade e a hostilidade como um achado minoritário nessa população. Dessa forma, a ansiedade não é apresentada pelos autores dentro de uma categoria diagnóstica específica, mas há, entretanto, indicações de tratamento farmacológico na vigência desses

comportamentos. Um achado significativo é relativo aos problemas socioeconômicos enfrentados pelos pacientes em diálise, já que cerca de 50% não continuam a trabalhar após início do tratamento. A partir dos achados apresentados pelo autor, é possível observar que um paciente com IRC perpassa pelos processos de adaptação ao contexto de adoecimento crônico que envolve adesão ao tratamento, estratégias de enfrentamento e a rede de suporte social.

No artigo “Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura”, Faria e Seild (2005), destacam os estudos de Lazarus e Folkman em que enfrentamento é considerado como

“esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo das exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais”(p. 382)

Esse modelo teórico é conhecido como o Modelo Interativo do Estresse e compreende que a escolha de respostas ao enfrentamento frente às situações de estresse são mediadas por avaliações cognitivas.

O caso aqui apresentado aborda tanto questões relativas do adoecimento crônico como a particularidade da gestação. Maldonado, Dickstein e Nahoum (1996) defendem que a gestação é um período de mudanças e adaptações, tais como: alterações no corpo feminino para que ela possa acolher o bebê, na vida emocional da mulher e do homem e na dinâmica do relacionamento do casal. Além disso, os autores apontam que

“Antes de “engravidar de verdade”, a pessoa passa por um processo de se imaginar tendo um filho: como seria ele, se gostaria de tê-lo já ou só mais tarde, o que espera de si própria como mãe ou como pai, o que um filho representaria para sua vida (...) Por

isso, podemos dizer que o relacionamento entre os pais e o bebê começa muito antes da fecundação” (p.15)

Isso mostra que a gravidez já é, por si só, um processo complexo de modificações biológicas, psicológicas e sociais e que, no caso apresentado, ainda é perpassado pelo diagnóstico de uma doença crônica e a necessidade de tratamento dialítico, tornando-se uma gravidez de alto risco. Gomes, Cavalcanti, Marinho e Silva (2001) realizaram uma pesquisa bibliográfica para buscar uma definição a respeito da gravidez de risco e descreveram que

“durante a gestação, a mulher está sujeita a condições especiais consideradas inerentes ao estado gravídico, que acarretam mudanças nos processos metabólicos, que se medidas, podem determinar o estado fetal”(p.64)

Dessa forma, a gravidez de alto risco é permeada por fatores que podem indicar maior probabilidade de um desfecho desfavorável tanto para a mãe quanto para o feto, sinalizando a importância do acompanhamento da equipe de saúde, uma vez que é um período de intensas e profundas incertezas.

Daugirdas *et al* (2008) apresentam dados estatísticos da gestação no contexto de IRC e dos tratamentos dialíticos. Se a gestante chegar ao segundo trimestre da gestação, a probabilidade de haver um lactente vivo é de 60% a 70%. Já em mulheres que iniciam a diálise após a concepção, a probabilidade de sobrevivência do bebê sobe para 75% a 80%. Ainda assim, é importante destacar que 80% dos partos na vigência do tratamento dialítico são prematuros podendo ter como causa o trabalho de parto prematuro, a hipertensão materna e a angústia fetal.

O objetivo geral do estudo de caso apresentado é relacionar aspectos psicológicos do adoecimento crônico à gestação na IRC. Para tanto, é necessário compreender o impacto do

diagnóstico de IRC e do tratamento dialítico durante a gestação assim como avaliar a adesão aos cuidados e os recursos de enfrentamento apresentados. Por fim, se torna fundamental a caracterização da rede de suporte social dentro do contexto de adoecimento.

## Método

O método apresentado neste trabalho é o estudo de caso, uma vez que há uma escassez de estudos na área que contemplem tanto o adoecimento crônico durante uma gestação. É importante descrever as características que definem o estudo de caso, uma vez que Gil (2009) cita que muitos trabalhos têm sido apresentados erroneamente como estudo de caso. Isso ocorre tanto por uma definição inadequada quanto por nem serem, a rigor, produtos de uma pesquisa científica.

A definição, portanto, de um estudo de caso dentro da metodologia de pesquisa científica é a de que se constitui uma das muitas modalidades de delineamento (Gil, 2009). Dessa forma, o autor destaca que o estudo de caso não é uma estratégia de ensino, um estudo exploratório, uma pesquisa qualitativa, uma análise de caso, um relato de caso nem uma tentativa de pesquisa. Vários autores foram citados na tentativa de descrever o que seria enfim o estudo de caso. A definição mais divulgada é a de que “um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (Yin, 2005 como citado em Gil, 2009, p.7)”.

Assim, as características essenciais do estudo de caso são o delineamento de pesquisa, o caráter unitário e contemporâneo do fenômeno pesquisado, a não separação entre o fenômeno e o contexto, a profundidade do estudo e a multiplicidade de procedimentos de coleta de dados utilizada. Tais características tornam clara a natureza holística dos estudos de casos em que o objetivo se torna investigar o caso como um todo, considerando a relação entre as partes que o compõem. Além disso, Gil (2009) destaca a flexibilidade do uso de técnicas não padronizadas para coleta de dados, tais como entrevistas não estruturadas. O autor, entretanto, pontua que, ainda que uma metodologia menos rígida, o estudo de caso apresenta etapas de formulação e delimitação do problema, seleção da amostra, determinação dos procedimentos de coleta e análise de dados além de modelos para interpretação de tais dados.

### **Considerações metodológicas do estudo de caso**

A primeira etapa na estruturação do estudo de caso é o planejamento. De acordo com Gil (2009), os pesquisadores que realizam estudo de caso se deparam com a indisponibilidade de modelos que definam rigorosamente as etapas do processo de planejamento. O autor destaca que Robert K. Yin, em 1985, escreveu o livro “Estudo de caso: planejamento e métodos” que é utilizado como a principal referência em muitos estudos de caso. A crítica mais proeminente à obra de Yin é pela fundamentação de seu modelo em pressupostos positivistas. Tais pressupostos apresentam características do conhecimento científico: claro, preciso, geral, objetivo e verificável (Gil, 2009).

Em contrapartida, Robert Stake, em 1995, propõe um modelo mais interpretativo, afastando-se do procedimento tão sistematizado de planejamento. Martins (2008) aponta que o estudo de caso é uma investigação empírica em que o pesquisador não tem controle das variáveis e busca apreender a totalidade de uma situação. Sob esse ponto de vista, o pesquisador descreve, compreende e interpreta a complexidade de um caso concreto. O modelo de planejamento aqui adotado apresenta pontos de concordância com o modelo de Yin, apesar de se aproximar de outras influências que não só o paradigma positivista.

O planejamento do estudo de caso, portanto, é constituído por inúmeras etapas, entre as quais: a escolha do tema de pesquisa e a formulação do problema de pesquisa. A escolha do tema foi pautada na baixa incidência de gestantes durante o tratamento dialítico e tal excepcionalidade se torna uma indicação favorável à escolha do estudo de caso como metodologia de pesquisa, já que o estudo de caso “oferece descrições, interpretações e explicações que chamam a atenção pelo ineditismo” (Martins, 2008).

A etapa seguinte é a formulação do problema de pesquisa. Gil (2009) cita autores – Miles e Huberman em 1994, Yin em 2005 e Creswell em 2007 – que preferem usar a expressão “questões de pesquisa” ao invés de problema de pesquisa em pesquisas qualitativas. A distinção entre problema e questão é algo mais de natureza semântica, já que podem ser

considerados sinônimos. A questão central do estudo de caso apresentado é a relação entre os aspectos psicológicos do adoecimento crônico e à gestação durante o tratamento de substituição renal.

A coleta de dados utilizada foi a entrevista, já que é uma forma adequada de se obter informações a respeito “do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam” (Gil, 2009, p. 63). Sob o arcabouço teórico defendido por esse autor, a modalidade de entrevista utilizada seria classificada como entrevista por pautas. É o tipo de entrevista que se orienta por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo da entrevista.

Na interface entre a coleta e a análise dos dados – última etapa na estruturação do estudo de caso – há a observação como técnica central. Gil (2009) afirma que, em muitos estudos, a observação constitui procedimento único de investigação, sendo assim considerada por si só um método de investigação.

Gil (2009) e Martins (2008) entendem que também não há consenso a respeito dos procedimentos a serem adotados na análise dos dados em estudos de caso, uma vez que tanto a análise quanto a interpretação são processos que se dão simultaneamente à coleta de dados. De modo geral, Martins (2008) entende que a análise de dados consiste em “examinar, classificar e, muito frequentemente, categorizar os dados, opiniões e informações coletadas” (p. 86). Para o estudo de caso apresentado, o modelo mais utilizado é o de análise fundamentada teoricamente. Tal modelo preconiza que os procedimentos analíticos tenham uma fundamentação em proposições teóricas. Gil (2009) defende que esse modelo pretende é “tão somente dotar-se de um arcabouço teórico suficiente para antecipar resultados ou conferir significado aos dados” (p. 94). A análise de dados deve deixar claro que as evidências relevantes foram pontuadas e foram a sustentação para as proposições do estudo.

### **Participante, local e procedimento**

O estudo de caso aqui descrito apresenta como participante: NAF, 26 anos, sexo feminino, casada, primeira gestação, natural de Sertânia (PE) e procedente do Paranoá (DF). Reside com o marido há 2 anos e atualmente está recebendo o benefício social de auxílio doença. Até o início do tratamento dialítico, exercia atividade profissional de vendedora e possui ensino médio completo.

O local de atendimentos foi o Hospital Universitário de Brasília (HUB) no Centro de Diálise e na Enfermaria da Maternidade. Os materiais foram: cadeira, prancheta, bloco de evolução para prontuário próprio do HUB e caneta. Os procedimentos: planejamento, coleta, análise e interpretação dos dados.

A equipe de saúde no Centro de Diálise era composta por médicos residentes em Nefrologia, médicos nefrologistas, enfermeira chefe especialista na área, enfermeiras durante o plantão, técnicas de enfermagem de acordo com o número de pacientes, nutricionista do HUB, assistente social e psicóloga exclusivas para a equipe de nefrologia.

A rotina de atendimentos da psicologia se dava a partir da admissão durante a primeira sessão de diálise, entrevista inicial com a rede de suporte disponível e atendimentos regulares a todos os pacientes em tratamento no Centro de Diálise. Pelo caráter unitário do caso apresentado, abordei a paciente a respeito da possibilidade da coleta de dados para o estudo de caso. A paciente mostrou-se receptiva, uma vez que também sou a psicóloga do Centro de Diálise e ela havia feito vínculo importante com a equipe de saúde. Os dados foram coletados durante os atendimentos e anotações do prontuário físico.

O cuidado ético foi a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) à paciente, após explicação sobre o estudo. Como se trata de um estudo de caso não foi necessária a análise por parte do Comitê de Ética do HUB.



## **Resultados e Discussão**

Como mencionado no capítulo “Método”, a participante do estudo de caso é NAF, uma jovem de 26 anos, primeira gestação, casada e foi afastada do trabalho assim que iniciou o tratamento dialítico. Os atendimentos ocorreram, em sua maioria, no centro de diálise do HUB durante as sessões de tratamento renal substitutivo. A paciente passou por períodos de internação hospitalar na maternidade e outros, em que ficava em casa, retornando ao hospital para as sessões de hemodiálise e avaliações da equipe da maternidade. Ao longo das consultas rotineiras de pré natal, foi constatada alteração importante da função renal, já com indicação de iniciar o tratamento dialítico. Dessa forma, a hemodiálise teve início logo nas primeiras semanas de gestação.

Rotineiramente, os pacientes em início de tratamento de substituição renal são avaliados pela psicologia do Centro de Diálise. Nessa avaliação inicial, são observadas compreensões do diagnóstico e do tratamento, além de recursos de enfrentamento e a rede de suporte. É importante destacar que, durante todos os atendimentos realizados, NAF não apresentou alterações observáveis de fala, memória, linguagem ou pensamento.

A paciente foi atendida pela primeira vez no dia 30 de julho de 2012 em que relatou que havia recebido o diagnóstico de IRC há, apenas, uma semana e desde então estava internada na maternidade do HUB para acompanhamento conjunto da nefrologia e da maternidade. Durante esse primeiro atendimento, foi possível observar que a paciente apresentava conhecimento limitado – ou até insuficiente – a respeito tanto da patologia quanto do tratamento, como etiologia, possibilidades de tratamento ou prognóstico. Nesse momento, a paciente apresentava evitação como recurso de enfrentamento predominante. Dessa forma, foi observada a necessidade de intervenções a fim de esclarecimento do quadro clínico e das implicações do tratamento na vida cotidiana, além do acolhimento de demandas e validação dos sentimentos.

No atendimento seguinte (2) – em 06 de agosto de 2012 – NAF apresentou como queixa principal a necessidade de internação hospitalar para melhor manejo dos sintomas e problemas de saúde naquele momento. Queixava-se a distância da rotina familiar e do ambiente hospitalar vivenciado como estressor. Entretanto, apresentava compreensão funcional a respeito da necessidade imperativa da sua permanência no hospital. Nesse atendimento já foi possível coletar dados a respeito do impacto do adoecimento atual e a percepção dos recursos de enfrentamento direcionados para a religião e para a rede de suporte. A paciente referiu que a rede de suporte era composta, principalmente, por membros familiares que moram próximos a ela e que os pais estavam vindo de Pernambuco para auxiliá-la durante todo o processo. É importante pontuar que a rede de suporte foi avaliada, pela paciente, sempre como estando de acordo com suas necessidades emocionais e funcionais, ou seja, satisfatória.

Com a complicação da gestação e a necessidade de permanecer no hospital, ela referia ajuda financeira da família e que, nos poucos dias que podia ficar em casa, ficava na casa de familiares juntamente com o marido. Como se tratava de uma gestação de alto risco, o bebê apresentava alterações no batimento cardíaco, crescimento limítrofe e o colo do útero estava se abrindo, aumentando as chances de um parto prematuro extremo. O atendimento foi focado na adaptação ao contexto de internações recorrentes e preparo para as complicações da gestação.

Atendimento 3 – em 20 de agosto de 2012 – foi permeado pela queixa principal de intensa ansiedade de sentir-se mal durante a sessão de hemodiálise. A paciente relatou que havia tido uma crise hipertensiva na sessão anterior e que sabia o quanto isso era prejudicial para ela e para o bebê. Foi possível observar que paciente estava estabelecendo uma relação causal em que sua ansiedade psicogênica seria a única causadora de uma crise hipertensiva. É importante destacar que a paciente já era previamente hipertensa e que tal quadro agravou o funcionamento dos rins. Foi observado, também, que tal correlação unicausal era reafirmada pela equipe de saúde, o que contribuía significativamente para aumento da ansiedade. Para melhor manejo dos sintomas, foi realizado treino de relaxamento com ênfase na respiração

diafragmática para, posteriormente, realizar investigação a respeito da existência de um padrão anterior de ansiedade.

Atendimento 4 – em 21 de agosto de 2012 – a queixa principal ainda estava vinculada diretamente ao medo de sentir-se mal durante a sessão de hemodiálise e ao sentimento de responsabilidade a respeito de tais episódios. Durante esse atendimento, foi possível avaliar aspectos importantes da adesão ao tratamento, tais como: padrão alimentar e restrição hídrica. A paciente referia mudança significativa no padrão alimentar a fim de se adequar às recomendações da equipe. Tal fato é confirmado pelas alterações laboratoriais, no momento, estarem de acordo com a patologia de base, não indicando adesão insatisfatória. O histórico de adoecimento anterior – já era diagnosticada com hipertensão – foi colhido durante esse atendimento e apontava para adesão medicamentosa satisfatória. O foco da intervenção psicoterápica foi na dissonância cognitiva entre o sintoma apresentado (hipertensão) e a representação cognitiva da unicausalidade.

Foi possível observar que, nos atendimentos 1 a 4, a demanda era circunscrita ao tratamento e ao diagnóstico recente e repentino de IRC. A paciente descreve que tinha diagnóstico anterior de HAS e que a adesão medicamentosa era adequada apesar de pouca mudança em seu hábito alimentar. Esse fato aparece, em atendimentos subsequentes, como uma fonte de culpabilização da paciente por estar naquela situação.

É importante destacar que, durante os atendimentos, foi possível concluir que a paciente possuía locus de controle interno. Tal fato se concretiza em vários momentos das entrevistas em que a paciente pontua a crença no controle interno dos sintomas. A crença é pautada na ideia de que, apenas por um rígido controle interno emocional, ela poderia não ter a pressão arterial alterada, nem teria nenhum sintoma do tratamento e da doença. Burger (1989) citado em Noriega, Albuquerque, Alvarez, Oliveira e Coronado (2003) diz que

“Controle é a habilidade percebida para alterar significativamente os eventos. Isso significa dizer que não é necessário que as pessoas exerçam realmente controle sobre os eventos relevantes, mas que percebam esse controle, a percepção de controle é o principal determinante da resposta do sujeito” (p. 212).

Dessa forma, percebe-se que a paciente buscava, em uma percepção de controle, a tentativa de minimizar os efeitos e sintomas do tratamento e da doença que havia sido diagnosticada recentemente e de forma repentina. Pode-se pensar, portanto, que esse foi o recurso de enfrentamento inicial em uma situação de ruptura com o cotidiano e a necessidade imposta de se resignificar a gestação. Além disso, ao longo dos atendimentos iniciais, a paciente passou a se queixar constantemente de mal estar durante as sessões de hemodiálise. A equipe pontou que ela estava sentindo tudo isso apenas por uma agitação psicomotora, uma vez que não havia alteração orgânica que justificasse aquele sintoma. O discurso da equipe frente aos sintomas corroborava com a percepção de locus de controle interno, aumentando significativamente a ansiedade da paciente durante as sessões de hemodiálise. Mattos e Murayama (2010) citam que

“A equipe de enfermagem é uma das responsáveis pelo sucesso do tratamento dialítico, portanto cabe a esses profissionais perceberem as necessidades individuais de cuidados, informações e, principalmente, estar atento aos sentimentos expressos pela pessoa adoecida.” (p.433)

A sintomatologia mais presente era a falta de ar, sensação de aumento de pressão arterial e desejo intenso de interromper a sessão de hemodiálise com a crença de que não aguentaria até o fim. King, Valença, Melo-Neto e Nardi (2007) apontam que a reeducação da respiração é uma técnica muito eficaz, já que os pacientes comumente relacionam a

hiperventilação (respiração rápida, curta e superficial) às sensações de falta de ar e ansiedade. Assim, foi aplicada e treinada a técnica da respiração diafragmática para manejo de sintomas. Após várias sessões de hemodiálise não concluídas, a equipe passou a se preocupar com o possível declínio do quadro clínico e passou a associar o uso de fluoxetina a fim de favorecer a continuidade do tratamento dialítico.

A paciente destaca, também, as dificuldades iniciais de adaptar-se ao contexto de hospitalização constante, além da intensa mudança que a IRC trouxe para o seu cotidiano. Logo que iniciou a hemodiálise, teve que se afastar das atividades laborais, uma vez que a gestação tornou-se de risco e havia a necessidade de realizar as sessões de hemodiálise diariamente e de permanecer internada por longos períodos. Resende, Santos, Souza e Marques (2007) descrevem que a uma pessoa com IRC vivencia uma mudança brusca no seu estilo de vida e passa a conviver com limitações, além de ter um cotidiano monótono e restrito.

Além disso, Mattos e Murayama (2010) citam que afastar-se do trabalho, em uma sociedade na qual o processo de produção é muito valorizado, leva o sujeito da condição de provedor para a de dependente da rede de suporte. Tal fato implicava diretamente na presença limitada do marido da paciente ao hospital, já que ele não podia se afastar das atividades laborais naquele momento. Ainda assim, o marido era citado por NAF como referência de cuidado e de sentimentos de segurança e apoio.

Já durante o atendimento 5 – em 22 de agosto de 2012 – a paciente estava em casa, retornando ao hospital para as sessões de hemodiálise. Referia intensa ansiedade ao dormir por medo de se movimentar e o cateter de hemodiálise ficar fora do local adequado. Nesse momento, foi solicitado atendimento conjunto com a equipe de enfermagem a fim de desmistificar os cuidados a respeito do cateter com vistas à adaptação funcional ao tratamento. O locus de controle permanecia interno com ênfase em uma cobrança intensa a respeito do controle da pressão arterial. Por fim, foi realizado novamente treino de respiração

diafragmática para diminuição dos sintomas de ansiedade e escuta terapêutica frente à intensa cobrança que a paciente sentia no manejo de seus sintomas.

Atendimento 6 – em 24 de agosto de 2012 – foi realizado a partir do pedido da equipe de saúde pela necessidade de reinternação da paciente na maternidade. A paciente apresentava intensa ansiedade com manifestações de choro e medo do quadro clínico dela e do bebê. Foi solicitado acompanhamento de um membro da família durante a primeira noite de internação por demanda da própria paciente. Nesse atendimento, foram vitais a escuta terapêutica com acolhimento de demanda e a validação de sentimentos, visto que NAF sentia-se insegura com o agravamento do quadro clínico.

Um ponto importante a ser destacado é a necessidade de internação durante quase toda a gestação. Nesse momento, a paciente se queixa da distância de sua família e da ruptura abrupta que precisou ser submetida após o diagnóstico. As intervenções buscaram, primordialmente, pela reestruturação psíquica da paciente em que ela pudesse se reconhecer nesse novo papel e pudesse desenvolver recursos de enfrentamento adaptativos. É possível perceber que, ao longo desse processo, a equipe se tornou uma referência afetiva para a paciente, constituindo também sua rede de suporte. Arruda e Marcon (2007) acreditam que, o limiar entre a vida e morte, é uma fonte de aproximação entre a equipe de saúde e a paciente, principalmente em casos de gestações de alto risco que necessitam que internações prolongadas.

A paciente ficava internada na enfermaria da obstetrícia juntamente com outras gestantes. Benute, Nomura, Lucia e Zugaib (2006) pontuam, inclusive, que a internação em enfermaria obstétrica propicia contato com gestações que terminaram em sucesso, o que pode despertar sentimentos intensos de fracasso e frustração, não apenas pela interrupção em si, mas pela incapacidade sentida no gestar, pela ausência do filho imaginado e pelo filho perdido.

Arruda e Marcon (2007), em seu artigo a respeito de intercorrências da gestação e parto do bebê prematuro, defendem que “as mulheres, quando grávidas, colocam em primeiro grau

de importância a ajuda, o apoio e o carinho do companheiro. A figura do homem-pai, no contexto da gravidez, é indispensável”. A paciente, durante todos os atendimentos, citou que a rede de suporte estava de acordo com suas necessidades e pontuou que a família estava direcionada para o cuidado dela e do bebê. Resende *et al* (2007) citam estudos de Kimmel (2000) em que o suporte social está vinculado ao aumento na sobrevivência de pacientes com IRC em hemodiálise e de Abrunheiro (2005) que defende que a rede de suporte está diretamente relacionada com a recuperação do paciente frente ao seu adoecimento. Corroborando com essa percepção, Silva, Silveira, Fernandes, Lunardi e Backes (2011) cita que as mudanças decorrentes do tratamento dialítico atingem os familiares dos paciente, pois esses necessitam ajustar sua rotina diária às necessidades de apoio ao familiar que apresenta insuficiência renal crônica.

Atendimento 7 – em 27 de agosto de 2012 – foi realizado novamente a pedido da equipe. Houve uma intercorrência de crise hipertensiva grave em que foi necessária a interrupção da sessão de hemodiálise. A paciente solicitou que ficasse junto a ela até o final da sessão, já que se sentia insegura e ansiosa. Foi discutido, mais tarde, com a médica assistente a possibilidade de uso de medicação para controle da ansiedade durante as sessões de hemodiálise. Novamente, foi realizado treino de respiração diafragmática e oferecido suporte terapêutico.

Atendimento 8 – em 17 de setembro de 2012 – foi direcionado para questões da gestação, já que NAF estava apresentando dilatação mesmo com o pouco tempo de gestação. A ansiedade durante a sessão de hemodiálise já estava menos acentuada e a paciente estava fazendo uso de fluoxetina regularmente há algumas semanas. Com a possibilidade de parto prematuro extremo, a paciente estava internada e com atividades restritas ao leito. A paciente queixava-se de permanecer por longo período inativa, mas compreendia a necessidade de tal atitude nesse momento. As intervenções, portanto, foram focadas na adaptação da paciente ao

contexto de internação hospitalar com ênfase na construção de um repertório de comportamento frente às limitações físicas da restrição ao leito.

A paciente, nesse momento, estava diante do diagnóstico de uma doença crônica, isto é, sem cura. Santos e Sebastiani (2003) reforçam a percepção de que, frente ao adoecimento crônico, o paciente tem o esforço para adaptar a vida com a doença buscando a reestruturação emocional para viver, minimamente, com qualidade apesar das limitações e perdas impostas pela doença e pelos tratamentos. Os autores destacam, também, os impactos da necessidade recorrente de hospitalização significada como uma cisão do cotidiano do paciente em que há perda de autonomia e a presença de fantasias e temores.

Atendimento 9 – em 01 de outubro de 2012 – apesar da gravidade, a gestação estava em um período de bom desenvolvimento, de acordo com a equipe da maternidade. A paciente refere medo de perder o bebê e são observados recursos de evitação como forma, novamente, predominante de enfrentamento. É um momento em que a paciente está de alta hospitalar, mas apresenta dificuldades emocionais de preparação do quarto do bebê. Apesar do avanço nas semanas gestacionais, até esse momento NAF não havia escolhido o nome do bebê ou organizado o enxoval. Já não há mais queixas referentes à ansiedade durante as sessões de hemodiálise.

Atendimento 10 – em 08 de outubro de 2012 – seguiu com o tema central da gestação. A paciente apresenta vínculo emocional mais efetivo com o bebê, pois já o sentia movimentar e viu a imagem dele na ecografia. Persiste com queixa a respeito da inatividade no leito e permanece internada sem previsão de alta. As intervenções tiveram como objetivo central a adaptação da paciente às limitações físicas com vistas à ampliação do repertório comportamental frente ao momento vivenciado.

Atendimento 11 – em 15 de outubro de 2012 - a paciente já estava de alta hospitalar. Refere dificuldades emocionais em arrumar o quarto do bebê, pois tem compreensão sobre a possibilidade de prematuridade extrema e óbito do bebê. Mas, por outro lado, apresenta crença



de que sentir o bebê se movimentar é sinal de saúde dele. Durante esse atendimento, foram trabalhadas questões relativas às expectativas em torno da gestação, às frustrações em relação ao momento atual e formas de enfrentamento adaptativas frente às demandas.

Há uma extensa literatura de base psicanalítica que sustenta a construção afetiva a respeito da gestação. Torna-se fundamental teorizar a respeito do bebê imaginário que vem repleto de significações anteriores à própria gestação. Ferrari *et al* (2007) apontam para estudos que defendem que

“Diversos autores têm enfatizado que a relação da mãe com o bebê existe desde antes da gravidez, nas fantasias da mulher relacionadas com a possibilidade de ter um filho. Lebovici (1987) denominou esse processo de vinculação de bebê imaginário. Brazelton e Cramer (1992) afirmaram que, a mãe, personificando o feto e atribuindo-lhe características e personalidade, começa a relacionar-se com ele.” (p. 307)

NAF está, portanto, diante de várias perdas advindas do adoecimento crônico, da gestação e da gravidade dos quadros de saúde seu e do bebê. Além disso, apresenta uma ruptura importante com seu cotidiano que agora é permeado por intenações constantes, instabilidade do quadro de saúde e abandono das atividades cotidianas. Esses fatores tornaram a maternagem e a construção da relação mãe-bebê como algo mais doloroso e que requer recursos de enfrentamento adaptativos frente às dificuldades impostas pelo quadro de saúde.

Diante de todas essas rupturas, a paciente apresenta dificuldade em se vincular com esse bebê. Santos, Rosenburg e Buralli (2004) escreveram a respeito de perdas fetais contadas a partir da perceptiva da mãe. Nesse artigo, os autores apontam para a ambiguidade da gestação: felicidade e rejeição. Como já descrito, essa era uma gestação desejada e planejada, mas que se tornou permeada pelo adoecimento crônico e muitas limitações, além das chances de óbito fetal. Os autores apontam para relatos de dor e sofrimento das mães ao chegarem em

casa, após o óbito, e se depararem com os objetos daquele bebê como o quarto e as roupas. Além disso, Ferrari *et al* (2007) cita a importância da construção imaginária e afetiva desse bebê após a constatação da gestação. Esse processo natural e vital para a relação mãe-bebê foi profundamente modificado a partir do diagnóstico de IRC.

NAF apresentou, de forma clara, uma dificuldade em entrar em contato com o universo da maternidade por temer retornar para casa sem o bebê. Por outro lado, o marido sentia uma necessidade em manter os planos para o bebê como forma de elaboração da situação vivenciada. Arruda e Marcon (2007) defendem que o sentimento de paternagem surge junto às mudanças corporais da mãe e que pode gerar conflitos emocionais, dúvidas e incertezas.

Atendimento 12 – em 18 de outubro de 2012 – foi solicitado por necessidade, novamente, de internação hospitalar por piora do quadro de saúde do bebê constatado após exames de imagem, de acordo com relato da paciente. Durante o atendimento, a paciente referiu que a equipe da maternidade deu a notícia da gravidade e perguntou se ela e o marido gostariam de continuar a gestação ou realizar o parto – induzido ou por cesariana – mesmo com a prematuridade extrema, já que a paciente já estava com o colo do útero dilatado com possibilidade de perda do bebê. Acabaram, por fim, decidindo continuar a gestação, apesar da gravidade extrema. O foco da intervenção psicoterápica foi para a possibilidade real de óbito do bebê e seus impactos na vida emocional da paciente.

Um tema tornou-se central quando houve a necessidade novamente de internação hospitalar: a possibilidade de um parto prematuro extremo. Arruda e Marcon (2007) citam que

“Durante a gravidez, desejada ou não, a família sempre elabora um nascimento saudável; porém, quando nasce uma criança prematura, todos os sonhos construídos são desfeitos e o nascimento prematuro passa a ser como um golpe para a auto-estima materna, principalmente por destitui-la do papel de uma maternagem sadia.” (p.121)

Esse é o momento em que, tanto a paciente quanto a rede de suporte, entram em contato com a possibilidade real de óbito fetal ou de prematuridade extrema frente à gravidade atual do quadro clínico. Nos atendimentos seguintes é observado que a temática da gestação é pouco citada por parte da paciente, já que está em momento de reestruturação psíquica frente à gestação de alto risco. Mesmo em situações em que a gravidez não é de alto risco, alguns autores descrevem que é uma fase de mudanças e rupturas para a mãe. Gomes e Piccinini (2010) citam a gestação como uma crise vital e evolutiva em que há perdas inerentes ao papel de mãe como perda da autonomia e mudança no papel de filha. Além disso, Ferrari, Piccinini e Lopes (2007) citam que a gestação é o momento em que há a formação da ideia de ser mãe e a construção de uma imagem mental do bebê.

Atendimento 13 – em 23 de outubro de 2012 – a paciente apresentava quadro emocional intensamente fragilizado pela piora importante do quadro de saúde do bebê e pelas contrações já sentidas por ela. Nesse momento, a paciente trouxe questões importantes a respeito do impacto da gestação para ela. Afirma ter dificuldade em arrumar o quarto do bebê por temer não ir com ele para a casa. Relatou, também, que foi uma gravidez planejada e desejada. O nome do bebê seria a junção dos nomes dos avós e o marido estava montando o quarto do bebê, pois para ele era importante passar por isso. A escuta terapêutica aqui foi voltada para o preparo para o luto simbólico desse bebê que estava se desenvolvendo de forma diversa às expectativas parentais de uma gravidez sem intercorrências.

Durante a gestação, houve um momento em que NAF mostrou-se vincular mais afetivamente com o bebê. Foi o momento em que o bebê movimentou-se e a mãe pôde ver a imagem nos exames de rotina. Ferrari *et al* (2007) cita estudos de Debray (1988) em que as modificações corporais advindas da gestação são caracterizadas como fundamentais para a vinculação mãe-bebê em que há a manifestação das fantasias a respeito desse bebê. Além disso, “a realidade dos movimentos fetais e das ultrassonografias proporciona mais dados para serem acrescentados ao bebê imaginado” (p.309). Faria e Piccinini (2010) conferem ao

movimento fetal a importância do fortalecimento do vínculo mãe-bebê, pois seria nesse momento que o bebê se tornaria um ser individualizado com atribuição de personalidade por parte do imaginário da mãe.

Atendimento 14 – em 25 de outubro de 2012 – a equipe da diálise foi informada do óbito fetal durante a madrugada e assim o atendimento da psicologia teve seguimento. No momento, a paciente encontrava-se internada na maternidade ainda acompanhada da mãe e do marido. NAF estava com o humor deprimido, verbalizando pouco e referia ser muito importante a rede de apoio nesse momento. Ela estava internada em uma enfermaria conjunta com outras gestantes e não houve tempo de chegar ao centro obstétrico após o início das contrações. Dessa forma, a paciente teve o bebê ali mesmo no quarto, o que gerou um impacto emocional importante para a equipe da maternidade. Foi oferecido suporte terapêutico tanto para a paciente quanto para sua mãe e seu marido a fim de favorecer a elaboração do luto.

Ainda corroborando com os impactos da gestação de alto risco e da possibilidade de prematuridade extrema, Arruda e Marcon (2007) citam que durante a gestação, os pais desejam uma criança saudável e, que a prematuridade, é vivenciada como um golpe na autoestima materna, já que ela perde a maternagem sadia. Gomes e Picinnini (2010) completam essa percepção quando citam que

“Com isso, ocorreria uma profunda vivência de perda e luto, instalando-se na mãe uma “ferida narcísica”. Ela tem com isso sua autoestima diretamente afetada, uma vez que seu filho é considerado como sendo sua extensão (Ramona-Thieme, 1995; Santos, 2005; Schorn, 2002). Assim, os pais precisam admitir uma perda narcísica importante, a vulnerabilidade da sua autoestima, pois não poderão duplicar-se em um belo e saudável bebê (Brazelton & Cramer, 1992)”

Além dos impactos da gestação de alto risco, NAF ainda vivenciou o parto do bebê

após a constatação do óbito fetal. O parto foi normal, mas dentro da enfermaria dada a rapidez das contrações e o nascimento do bebê natimorto. No ambiente, ainda havia outras mães internadas na mesma enfermaria. Lopes, Donelli, Lima e Piccinini (2005) apontam para o parto como um momento importante de transição para a maternidade em que mãe e bebê irão se encontrar frente a frente e em que a mãe entra em contato com o bebê real. Para NAF foi o momento de intenso sofrimento, já que entrou em contato apenas com o bebê natimorto. Lopes *et al* (2005) descrevem que

“As memórias sobre o parto permanecem vivas em nível cognitivo e psicológico, e continuam influenciando as percepções da mulher sobre a experiência por muito tempo. Sendo assim, o parto, especialmente do primeiro filho, exerce um impacto, positivo ou negativo, que repercute durante sua vida inteira” (p. 247)

Arruda e Marcon (2007) defendem que, mesmo que o parto prematuro seja previsto em alguns casos, os pais ainda referem que foi algo inesperado, rompendo completamente com o desejo de um filho saudável e uma gestação em tempo normal.

Por fim, os impactos desse momento foram vivenciados tanto pela paciente (e sua família) quanto pela equipe que se mostrou intensamente fragilizada. No momento do atendimento logo após o parto, a equipe relatou dificuldades em entrar no quarto do NAF e presenciar o sofrimento da paciente e de seus familiares. Santos, Rosenburg e Buralli (2004) defendem que a constatação do óbito fetal é considerada um fracasso por parte da equipe de saúde e que produz uma sensação de fracasso e impotência.

Atendimento 15 – em 26 de outubro de 2012 – para fechamento do acompanhamento psicológico no HUB, já que a paciente teria alta da maternidade e passaria a realizar as sessões de hemodiálise em uma clínica próxima de sua residência. A paciente estava vivenciando o luto da perda do bebê com recursos de enfrentamento predominantemente religiosos e

adaptativos para o momento vivenciado. A rede de suporte estava presente e atuante ao longo de todo o processo de adoecimento e tratamento. As intervenções psicoterápicas foram focadas na adaptação ao contexto de adoecimento crônico, que tornou o ponto central das demandas da paciente.

## Conclusão

Após o planejamento, a escolha do problema de pesquisa, a coleta e a análise dos dados do estudo de caso, observa-se que a tríade paciente-família-equipe sofreu alterações em sua dinâmica a partir do diagnóstico de IRC durante a gestação de NAF. Além disso, foram observados os impactos emocionais frente à perda fetal e as fantasias e expectativas dessa gestação.

Inicialmente, a paciente mostrou mais dificuldade em adequar-se ao contexto de adoecimento crônico com seu tratamento rigoroso e profundas alterações no cotidiano e nas relações familiares. Os dados encontrados nas entrevistas corroboraram com o arcabouço teórico levantado que indicava a necessidade imperativa da paciente em romper com suas atividades cotidianas e laborais, entrando em um momento de restrições e rotina monótona, de acordo com Resende *et al* (2007).

Ainda nesse momento de ruptura com a rotina, a rede de suporte familiar apresenta-se como atuante e de acordo com as necessidades operacionais e emocionais da paciente. A rede se torna a principal provedora financeira e de suporte emocional em um momento tão intenso de mudanças inesperadas e abruptas. Arruda e Marcon (2007) citam que

“É relevante apontar que, independentemente da época do aparecimento das complicações, o núcleo familiar sofre pelas restrições impostas, pela necessidade de acompanhamento mais amíúde, inclusive com hospitalização prolongada em alguns casos.”(p. 127)

Outro aspecto da tríade é a equipe. Apesar do objeto de estudo ser a paciente, foi possível observar as demandas da equipe frente ao momento vivenciado. Como a paciente passava por períodos de internação prolongada, a equipe foi fortalecendo o vínculo com NAF e acompanhando as etapas da gestação e do tratamento dialítico. Após o óbito fetal, a equipe de

saúde apresentou-se intensamente fragilizada, com manifestações de choro e dificuldade em prover o cuidado da paciente logo após o parto.

No contexto da gestação de alto risco, NAF viu-se frente à ruptura das expectativas de uma maternagem saudável, com um bebê imaginário essencialmente distanciado do bebê real com possibilidade de parto prematuro e óbito fetal. É um momento em que NAF enfrenta uma série de rupturas, já que está diante de um adoecimento crônico e de uma gestação potencialmente complicada com gravidade importante.

As manifestações emocionais mais significativas foram a evitação como forma de enfrentamento e o humor rebaixado como uma resposta do uso de estratégia não efetiva. O vínculo mãe-bebê desenvolveu-se permeado por fantasias e medo frente à instabilidade do quadro clínico tanto da mãe quanto do bebê. A gestação, tida como uma crise vital, foi intensificada a partir das ressignificações impostas pela rotina de tratamento e fragilidade do quadro de saúde.

Frente ao óbito fetal e a continuidade do tratamento dialítico, torna-se imperativo o acompanhamento psicoterápico de NAF para promover a elaboração do luto do bebê e das perdas emocionais. É importante observar que a equipe e a rede de suporte apresentaram, também, dificuldades de elaboração de todo o processo de mudanças, sendo fundamental o acompanhamento psicoterápico para elaboração adaptativa.



### Referências

- Arruda, D.C. & Marcon, S.S. (2007). A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. *Texto Contexto em Enfermagem*, 16(1), 120-128.
- Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y., Lucia, M.C.S. & Zugaib, M. (2006). Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(1), 10-17.
- Daugirdas, J. T., Blake, P. G. & Ing, T. S. (2008). *Manual de Diálise*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Faria, E.R. & Piccinini, C.A. (2010). Maternidade no contexto do HIV/AIDS: gestação e terceiro mês de vida do bebê. *Estudos de Psicologia*, 27(2), 147-159.
- Faria, J. B. & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 18(3), 381-389.
- Ferrari, A.G., Piccinini, C.A. & Lopes, R.S. (2007). O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 305-313.
- Gil, A. C. (2009). *Estudo de caso*. São Paulo: Atlas.
- Gomes, A.G. & Piccinini, C.A. (2010). Malformação no bebê e maternidade: aspectos teóricos e clínicos. *Psicologia Clínica*, 22(1), 15-38.
- Gomes, R., Cavalcanti, LF, Marinho, ASN & Silva, LGP (2001). Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 9(4):62-7.
- King, A. L. S., Valença, A. M., Melo-Neto, V. L. & Nardi, A. E. (2007). A importância do foco da terapia cognitivo-comportamental direcionada às sensações corporais no transtorno de pânico: Relato de caso. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 191-195.

- Lopes, R.C.S, Donelli, T.S., Lima, C.M. & Piccinini, C.A. (2005). O antes e o depois: expectativas e experiências de mãe sobre o parto. *Psicologia: reflexão e crítica*, 18(2), 247-254.
- Maldonado, M. T., Dickstein, J. & Nahoum, J. C. (1996). *Nós estamos grávidos*. São Paulo: Saraiva.
- Martins, G. A. (2008). *Estudo de caso – Uma estratégia de Pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Mattos, M. & Maruyama, S.A.T. (2010). A experiência de uma pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(3), 428-434.
- Mion Jr, D & Gumão, J. L. (2006). Adesão ao tratamento – conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 23-25.
- Noriega, J. A. V., Albuquerque, F. J. B., Alvarez, J. F. L, Oliveira, L. M. S. & Coronado, G. (2003). Locus de controle em uma população do nordeste brasileiro. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 19(3), 211-220.
- Resende, M.C., Santos, F. A., Souza, M.M. & Marques, T. P. (2007). Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Psicologia Clínica*, 19(2), 87-99.
- Santos, A. L. D., Rosenburg, C. P. & Buralli, K. O. (2004). Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 268-276.
- Santos, C. T. & Sebastiani, R. W. (2003). Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In V. A. Angerami-Camon (Org.). *E a Psicologia entrou no hospital...* São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Silva, A.S., Silveira, R.S., Fernandes, G.F.M., Lunardi, V.L. & Backes, V.M.S. (2011).

Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise.

*Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 839-844.