

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LUCIANA JERÔNIMO DE ALMEIDA SILVA

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DA AUTOESTIMA EM RENAIIS CRÔNICOS
SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

ALFENAS/MG

2020

LUCIANA JERÔNIMO DE ALMEIDA SILVA

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DA AUTOESTIMA EM RENAIIS CRÔNICOS
SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Fábio de Souza Terra

ALFENAS/MG

2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca campus Poços de Caldas

Silva, Luciana Jerônimo de Almeida.
S586a Avaliação da ansiedade e da autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico / Luciana Jerônimo de Almeida Silva. -- Alfenas/MG, 2020.
180 f. --
Orientador(a): Fábio de Souza Terra.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, 2020.
Bibliografia.
1. Enfermagem. 2. Insuficiência renal crônica. 3. Unidades Hospitalares de Hemodiálise. 4. Ansiedade. 5. Autoimagem. I. Terra, Fábio de Souza. II. Título.
CDD – 610.73

Ficha Catalográfica elaborada por Thaís Aparecida de Lima
Bibliotecária-Documentalista CRB6/3032

Luciana Jerônimo de Almeida Silva

Avaliação da ansiedade e da autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 14 de fevereiro de 2020

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Mirelle Inácio Soares
Instituição: Centro Universitário de Lavras

Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Fábio de Souza Terra, Professor do Magistério Superior**, em 14/02/2020, às 11:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Zélia Marilda Rodrigues Resck, Professor do Magistério Superior**, em 14/02/2020, às 11:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mirelle Inácio Soares, Usuário Externo**, em 14/02/2020, às 11:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 0263531 e o código CRC 7FB72CE3.

*Dedico este trabalho a Deus, que se mostrou criador, que foi criativo. O seu fôlego de vida em mim me foi sustento e me deu coragem para enfrentar as adversidades da vida. Aos meus pais, **Maria Aparecida e Deijair**, que não mediram esforços para que eu chegasse até aqui.*

*Aos meus filhos **Gabriela e Pedro** que me dão motivos para continuar esta caminhada e ao meu esposo **Amador** pelo companheirismo e apoio em todas as dificuldades.*

AGRADECIMENTOS

Nestes dois anos de mestrado, de muitas lutas, esforços e barreiras, gostaria de agradecer a algumas pessoas que estiverem do meu lado e me acompanharam dando apoio e sendo fortaleza para que fosse possível tornar esse sonho em realidade. Expresso minha sincera gratidão à todos vocês.

*Primeiramente a **Deus**, que mesmo com grandes desafios durante o decorrer deste trabalho sempre me deu forças, sabedoria e calma para seguir em frente e finalizar esta caminhada.*

*Ao meu orientador, **Prof. Dr. Fábio de Souza Terra**, por sua dedicação e orientação. Obrigado por ter acreditado em mim, mesmo diante de todas as minhas fragilidades. Sem sua orientação, confiança e apoio não seria possível a conclusão deste trabalho.*

*Aos meus pais, **Maria Aparecida e Dejair Bernardes de Almeida**, por não me deixarem desistir, por cuidarem das minhas crianças com tanto carinho e amor, e por inúmeras vezes deixarem suas casas para cuidar da minha. Minha eterna gratidão.*

*À minha sogra, **Maria Aparecida**, por toda fé e apoio.*

*Ao meu esposo **Amador** e aos meus filhos **Gabriela e Pedro**, pelos finais de semana ausente dos passeios, de sentar em família na sala e assistir TV, pela paciência e compreensão, que contribuíram para alcançar o término deste trabalho.*

*Aos **meus familiares**, tios (as), primos (as), cunhados (as), irmãos, irmã e sobrinhas (aes) pela motivação e apoio para terminar este mestrado.*

*À **Escola de Enfermagem da UNIFAL/MG e aos seus professores de pós-graduação**, obrigada por fazerem do aprendizado não um trabalho, mas um contentamento.*

*Ao professor **Dr. Denismar Alves Nogueira**, por ter contribuído de forma fantástica com a estatística deste projeto, por todos os ensinamentos, pela calma e empatia que demonstrou diante das minhas dificuldades.*

*Às professoras **Dra. Patrícia Scotini Freitas, Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava, Dra. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá, Dra. Vânia Regina Bressan e***

Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck, pela participação no processo de refinamento do instrumento e pelas grandiosas orientações e sugestões.

À **Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas- MG**, Azer Elias Zenun Junqueira, coordenação médica Dra Mirtes por ter concedido autorização para realização deste trabalho.

À responsável técnica do hospital **Enfª Josiane Celis de Almeida**, à **equipe de enfermagem do setor de hemodiálise**, e à coordenadora **Enfª Josimara Marques Ferreira da Fonseca** pelo acolhimento, contribuição e apoio durante a pesquisa deste trabalho.

Aos **108 pacientes** voluntários da pesquisa incluindo o teste piloto, pela participação, paciência e colaboração no desenvolvimento do trabalho. Vocês foram sensacionais.

À banca examinadora, **Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio**, **Profa. Dra. Mirelle Inácio Soares** e **Profª Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck**, por terem contribuído grandiosamente no exame de qualificação e na defesa deste trabalho.

Aos **colegas de mestrado** por toda união e companheirismo em especial ao meu primo **Jhuliano Silva Ramos de Souza** pela motivação, pelo companheirismo e pelas partilhas.

Por fim, a todos os **meus amigos e colegas de trabalho** que contribuíram de alguma forma.

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

*Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos. Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento. Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda. Escolhi o branco porque quero transmitir paz. Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber. Escolhi ser **Enfermeira** porque amo e respeito a vida!*

(Florence Nightingale)

RESUMO

A insuficiência renal crônica é uma das principais doenças crônicas, considerada um problema de saúde pública mundial. Os renais crônicos que realizam o tratamento hemodialítico vivem um processo de longa duração, que pode provocar complicações, limitações e mudanças em seu cotidiano, ocasionando mudanças psíquicas como a ansiedade e alterações na autoestima. Assim, o objetivo deste estudo é avaliar a ansiedade e a autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico em um serviço de terapia renal substitutiva de um hospital geral de um município do Sul de Minas Gerais. Trata-se de um estudo descritivo-analítico, transversal, quantitativo, com 108 renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e a coleta de dados ocorreu, por meio de entrevista, no período de novembro a dezembro de 2018, com os instrumentos: questionário com dados socioeconômicos, hábitos de vida e de doença crônica, sobre a doença e o tratamento e eventos marcantes na vida, Escala de Ansiedade e Depressão (subescala de ansiedade) e Escala de Autoestima de Rosenberg. Para a análise de dados, foram utilizados: estatística descritiva, Coeficiente Alfa de *Cronbach*, testes Qui-quadrado de *Pearson* e Exato de *Fisher* com nível de significância de 5%. Foi estimado o *odds ratio* e a regressão logística. Como resultados, encontrou-se a mesma proporção do sexo masculino e feminino, com faixa etária acima de 59 anos, casados(as) ou com companheiros(as), católicos(as), com até 2 filhos, com renda familiar mensal de 1.001 a 2.500 reais. Além disso, o tempo de diagnóstico de insuficiência renal crônica foi de até dois anos; a maioria possuía hipertensão arterial sistêmica como etiologia(causa), e até dois anos de tratamento hemodialítico. A maioria dos pacientes foram classificados sem ansiedade, destacando-se um pequeno percentual de pessoas com ansiedade. Constatou-se que as variáveis tempo de tratamento hemodialítico, eventos marcantes na vida, renda familiar mensal e tipo de acesso para a realização de hemodiálise apresentaram associação estatística com a medida da ansiedade. A maior parte dos entrevistados possuía autoestima média. Entretanto, um percentual relevante desses pacientes foi classificado como autoestima alta e um pequeno percentual com autoestima baixa. As variáveis renda familiar mensal e tempo de tratamento em hemodiálise apresentaram associação estatística com a medida da autoestima. As variáveis ansiedade e autoestima apresentaram associação estatística, em que os renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico com ansiedade tiveram mais chances de apresentar autoestima média/baixa. Espera-se que os profissionais da enfermagem e toda equipe multiprofissional possa se sensibilizar para prestar um atendimento integral ao renal crônico visando à maior interação profissional/cliente, assim como, aperfeiçoar a qualidade da relação profissional/cliente/família/instituição, para alcançar melhor enfrentamento da doença e do tratamento. Este estudo pode colaborar para o desenvolvimento de estratégias que visem à humanização e à integralidade da assistência prestada, com o objetivo de minimizar a ansiedade e aumentar a autoestima dos renais crônicos durante o tratamento hemodialítico.

Palavras-chave: Insuficiência renal crônica. Unidades Hospitalares de Hemodiálise. Ansiedade. Autoimagem. Enfermagem.

ABSTRACT

Chronic renal failure is one of the main chronic diseases, considered a worldwide public health problem. Chronic kidney patients who undergo hemodialysis also live a long-term process, which can cause complications, limitations and changes in their daily lives, causing psychological alterations such as anxiety and changes in self-esteem. Thus, the objective of this study is to assess anxiety and self-esteem in chronic kidney patients undergoing hemodialysis in a renal replacement therapy service in a general hospital in a city in the south of Minas Gerais. This is a descriptive-analytical, cross-sectional, quantitative study, with 108 chronic renal patients undergoing hemodialysis. The study was approved by the Research Ethics Committee and data collection took place, through an interview, in the period from November to December 2018, with the following instruments: questionnaire with socioeconomic data, lifestyle and chronic illness, about the illness and treatment and major life events, Anxiety and Depression Scale (anxiety subscale) and Rosenberg's Self-Esteem Scale. For data analysis, descriptive statistics, Cronbach's alpha coefficient, Pearson's chi-square and Fisher's exact tests were used with a significance level of 5%. The odds ratio and logistic regression were estimated. As results, we found the same proportion of males and females, aged over 59 years, married or with partners, Catholics, with up to 2 children, with monthly family income from 1,001 to 2,500 reais. In addition, the time of diagnosis of chronic renal failure was up to two years, most had systemic arterial hypertension as a cause (cause), and up to two years of hemodialysis treatment. Most patients were classified without anxiety, highlighting a small percentage of people with anxiety. It was found that the variables time of hemodialysis treatment, remarkable events in life, monthly family income and type of access to perform hemodialysis showed a statistical association with the measure of anxiety. Most respondents had average self-esteem. However, a relevant percentage of these patients was classified as high self-esteem and a small percentage with low self-esteem. The variables monthly family income and length of treatment on hemodialysis showed a statistical association with the measure of self-esteem. The variables anxiety and self-esteem showed a statistical association, in which chronic kidney patients undergoing hemodialysis with anxiety were more likely to have medium / low self-esteem. It is expected that nursing professionals and the entire multidisciplinary team may be sensitized to provide comprehensive care to chronic kidney patients aiming for a better professional / client interaction, as well as improving the quality of the professional / client / family / institution relationship, to achieve better coping with the disease and treatment. This study can contribute to the development of strategies aimed at humanization and comprehensive care, with the objective of minimizing anxiety and increasing the self-esteem of chronic kidney disease patients during hemodialysis treatment.

Keywords: Chronic renal failure. Hemodialysis Hospital Units. Anxiety. Self image. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Teorias da autoestima.....	38
Quadro 2-	Variáveis do questionário contendo dados socioeconômicos, hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a doença e o tratamento e eventos marcantes na vida.....	45
Quadro 3-	Variáveis independentes utilizadas para as associações e os respectivos reagrupamentos/ dicotomizações.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “sexo”, “faixa etária”, “estado civil”, “crença religiosa” e “número de filhos”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	55
Tabela 2-	Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico segundo as variáveis “renda familiar mensal”, “recebimento de benefício financeiro”, “tipo de benefício financeiro recebido”, “tipo de moradia” e “escolaridade”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	57
Tabela 3-	Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “consumo de bebida alcoólica” e “uso de drogas ilícitas”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	58
Tabela 4-	Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “tabagismo”, “quantidade de cigarros/dia”, “ex-tabagismo”, “tempo de ex-tabagismo” e “tempo de cessação de tabagismo”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	59
Tabela 5-	Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico em relação a variável “prática de atividade física”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	60
Tabela 6-	Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “presença de outra doença crônica”, “quantidade de doenças crônicas” e “tipo de doença crônica”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	61
Tabela 7-	Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “uso de medicamentos contínuo e/ou diário”, “quantidade de medicamentos” e “grupo farmacológico”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	62
Tabela 8-	Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “tempo de diagnóstico de IRC”, “etiologia (causa) da IRC”, “tempo de tratamento em hemodiálise”, “número de sessões de hemodiálise” e “tipo de acesso para realização da hemodiálise”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	63
Tabela 9-	Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “eventos marcantes	

	na vida”, “quantidade de eventos marcantes na vida” e “tipo de eventos marcantes na vida”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	64
Tabela 10-	Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as respostas das perguntas da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (subescala de Ansiedade). Poços de Caldas, MG, 2018. (n =108).....	66
Tabela 11-	Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico conforme a classificação da ansiedade de acordo com os pontos de corte. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	67
Tabela 12-	Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as respostas das afirmativas da Escala de Autoestima. Poços de Caldas, MG, 2018. (n =108).....	69
Tabela 13-	Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico conforme a classificação da autoestima de acordo com os pontos de corte. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	71
Tabela 14-	Análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis “sexo”, “faixa etária”, “estado civil”, “crença religiosa”, e “número de filhos. Poços de Caldas, MG, 2018. n=108).....	72
Tabela 15-	Análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis “renda familiar mensal”, “recebimento de benefício financeiro”, “tipo de moradia” e “escolaridade”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	73
Tabela 16-	Análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis “consumo de bebida alcoólica”, “tabagismo”, “prática de atividade física”, “tempo de diagnóstico de IRC”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	74
Tabela 17-	Análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis “etiologia (causa) da IRC”, “tempo de tratamento em hemodiálise”, “tipo de acesso para realização da hemodiálise” e “eventos marcantes na vida”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	75
Tabela 18-	Avaliação dos parâmetros do modelo de regressão logística das variáveis independentes com a ansiedade. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	76
Tabela 19-	Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “sexo”, “faixa etária”, “estado civil” “crença religiosa” e “número de filhos”. Poços de Caldas, MG, 2018. n=108).....	78
Tabela 20-	Análise univariada dos fatores associados à autoestima	

	conforme as variáveis “renda familiar mensal”, “recebimento de benefício financeiro”, “tipo de moradia” e “escolaridade”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	79
Tabela 21-	Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “consumo de bebida alcoólica”, “tabagismo”, “prática de atividade física” e “tempo de diagnósticos de IRC”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	80
Tabela 22-	Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “etiologia (causa) da IRC”, “tempo de tratamento em hemodiálise”, “tipo de acesso para realização de hemodiálise” e “eventos marcantes na vida”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	81
Tabela 23-	Avaliação dos parâmetros do modelo de regressão logística das variáveis independentes com a autoestima. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108).....	82
Tabela 24-	Análise univariada da associação da variável ansiedade com a variável autoestima dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico. Poços de Caldas-MG, 2018. (n=108).....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA-	American Psychiatric Association
CDL-	Cateter de Duplo Lúmen
CEP-	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-	Classificação internacional de doenças
Crs-	Creatinina
CVC-	Cateter Venoso Central
DM-	Diabetes Mellitus
DP -	Diálise peritoneal
DPAC -	Diálise peritoneal ambulatorial contínua
DPCC -	Diálise peritoneal cíclica contínua
DPI -	Diálise peritoneal intermitente
FAV -	Fistula arteriovenosa
FG -	Filtração glomerular
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
HD-	Hemodiálise
HDAS-	Hospital Anxiety and Depression Scale
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC-	Intervalo de Confiança
IDATE-	Inventário de ansiedade traço-estado
IR-	Insuficiência Renal
IRA -	Insuficiência renal aguda
IRC -	Insuficiência renal crônica
K/DOQI-	Kidney Disease Outcome Quality initiative
LSD-	Ácido lisérgico
NKF-	National Kidney Foundation American
OR-	Odss ratio
SBN -	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SENAC-	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SPSS-	Statistical Package for the Social Science
TRS -	Terapia Renal Substitutive
UNIFAL-	Universidade Federal de Alfenas
UNIFENAS-	Universidade José do Rosário Vellano

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	JUSTIFICATIVA.....	22
3	OBJETIVOS.....	24
3.1	OBJETIVO GERAL	24
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
4	REVISÃO DA LITERATURA.....	26
4.1	INSUFICIENCIA RENAL CRÔNICA E TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.....	26
4.2	ANSIEDADE	32
4.3	AUTOESTIMA	36
5	MÉTODO.....	41
5.1	TIPO DE ESTUDO	41
5.2	LOCAL DO ESTUDO.....	41
5.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	42
5.4	ASPECTOS ÉTICOS	43
5.5	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	44
5.5.1	Questionário de caracterização dos participantes	44
5.5.2	Escala hospitalar de ansiedade e depressão	46
5.5.3	Escala de autoestima de Rosenberg	48
5.6	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	49
5.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	51
6	RESULTADOS.....	54
6.1	ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS.....	54
6.2	AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DOS RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.....	65
6.3	AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA DOS RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.....	68
6.4	ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE EM RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.....	70

6.5	ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS À AUTOESTIMA EM RENAIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.....	77
6.6	ANÁLISE UNIVARIADA DA ANSIEDADE COM À AUTOESTIMA DOS RENAIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.....	82
7	DISCUSSÃO.....	84
7.1	ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS.....	84
7.2	AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE EM RENAIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.....	96
7.3	AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA EM RENAIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.....	101
7.4	ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE EM RENAIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.....	108
7.5	ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS À AUTOESTIMA EM RENAIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.....	116
7.6	ANÁLISE UNIVARIADA DA ANSIEDADE COM A AUTOESTIMA DOS RENAIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.....	126
8	CONCLUSÃO.....	128
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
	REFERÊNCIAS.....	134
	APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	163
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARTICIPANTES)	164
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (JUÍZES)	166
	APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	168
	APÊNDICE E - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA OS	

JUÍZES.....	171
ANEXO A - ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	173
ANEXO B- ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – SUBESCALA DE ANSIEDADE	176
ANEXO C – E-MAIL DO AUTOR DA ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO	178
ANEXO D - ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG	179
ANEXO E - E-MAIL DO AUTOR DA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.....	180

1 INTRODUÇÃO

Desde à adolescência, à docência sempre despertou encantamento e motivação. Foi durante a graduação em Enfermagem na Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), no município de Alfenas-MG, que surgiu a certeza que este era o caminho que gostaria de percorrer durante o futuro profissional. Destaco que foram desenvolvidas atividades de monitora, durante esta graduação, na disciplina de Semiologia Prática e, também, membro em vários Projetos de Extensão, que fizeram compreender melhor sobre a área da docência.

A finalização da graduação ocorreu em 2008 e, dando sequência à formação, foram concluídas três Pós-Graduações *Lato Sensu* nas áreas de Enfermagem do trabalho, Formação Pedagógica em Saúde e Docência para Educação Profissional, as quais foram fundamentais para o crescimento profissional, assim como, para ampliar os olhares para a docência.

No ano de 2009, em uma empresa de Saúde Ocupacional, foram iniciadas as atividades como enfermeira. Foi por meio desse emprego que teve a oportunidade de iniciar a atividade docente em uma escola de educação profissionalizante, nos cursos de Técnico em Radiologia, em Enfermagem e em Óptica, atuando nas disciplinas das áreas de microbiologia e de fundamentos da saúde.

Atualmente, é exercida a orientação de cursos do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), em Poços de Caldas- MG, nos cursos de Técnico em Estética, de Técnico em Enfermagem, de Técnico em Segurança do Trabalho e de Cuidador de Idosos, nos componentes relacionados com a formação, além de ser supervisora/coordenadora de estágios curriculares da área de enfermagem.

Com a vivência nos campos de estágios, durante as aulas práticas, foi percebida a necessidade de aperfeiçoar na área da pesquisa e do ensino para enriquecer e melhorar a qualidade do trabalho. Assim, foi nesse momento que surgiu o interesse e a vontade em buscar a qualificação na Pós-Graduação *Stricto Sensu*, nível mestrado acadêmico.

A concepção do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG) em formar um profissional crítico, reflexivo e criativo, atrelado à linha de pesquisa “O Processo de Cuidar em Enfermagem”, que enfatiza

também o cuidado de pessoas com doenças crônicas, buscando em ferramentas teóricas e metodológicas fortalecer a relação profissional/cliente, fez despertar o interesse em trabalhar com a temática da insuficiência renal crônica e desenvolver um caminho na área da pesquisa emparelhado à docência.

É notório que a população brasileira vem passando por processos de transformação caracterizados por alterações significativas em seu regime demográfico. Os níveis e padrões dos eventos vitais, da fecundidade e da mortalidade, experimentados em todas as regiões do país vêm se modificando de forma acelerada nas últimas décadas, o que implica desafios e oportunidades para a sociedade, principalmente na ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (IBGE, 2015).

Dentre as doenças crônicas, a insuficiência renal crônica (IRC) é considerada um problema de saúde pública mundial. Ocorre de forma progressiva, debilitante e irreversível e acomete milhões de pessoas de todos os grupos raciais e étnicos, apresentando elevada incidência e altas taxas de morbimortalidade (MARQUES et al., 2016).

Nesse universo da IRC, destaca-se que o número total estimado de pessoas em diálise, que no mês de julho de 2017, foi de 126.583. As estimativas nacionais das taxas de prevalência e de incidência de indivíduos em tratamento dialítico por milhão da população (pmp) foram 610 (variação: 473 na região Norte e 710 no Sudeste) e 194, respectivamente. A taxa de incidência de nefropatia diabética na população em diálise crônica foi de 77 pmp. A taxa anual de mortalidade bruta foi de 19,9%. Das pessoas prevalentes, 93,1% estavam em hemodiálise e 8% em diálise peritoneal, 31.266 (24%) encontravam-se em fila de espera para a realização do transplante. A via de acesso por meio do cateter venoso era usada em 22,6% dos indivíduos em hemodiálise (THOME et al., 2019).

Cabe apontar que os renais crônicos dependentes de Terapia Renal substitutiva (TRS), principalmente a hemodiálise, vivem diariamente um doloroso processo de longa duração, que pode provocar juntamente com a evolução da doença complicações que podem levar a limitações em seu cotidiano e que geram numerosas perdas e mudanças biopsicossociais que interferem em sua vida diária (FERREIRA; SILVA, 2011).

Sabe-se que todos os tratamentos podem gerar profundas mudanças na vida da pessoa e da família. No que diz respeito à pessoa com IRC, o tratamento constitui uma experiência difícil e dolorosa, no entanto, essencial para a manutenção da vida da pessoa. Destaca-se que os indivíduos devem se adaptar às mudanças, como novos hábitos alimentares, rotina modificada, dependência familiar e perda da autonomia associada a frustrações e a temores, o que pode gerar estados de alterações, tanto no nível físico como no psíquico (TERRA et al., 2010).

Assim, as estratégias de enfrentamento de doenças crônicas, incluindo a IRC, têm um significado mediador entre sujeito, saúde e doença. É necessário considerar as implicações para discutir o enfrentamento destas sobre o desenvolvimento e as reações da pessoa, da família e de grupos sociais. Diversos são os sentimentos manifestados em indivíduos com problemas crônicos como: abandono, desesperança, ansiedade e autoestima baixa. Assim, os antecedentes e desencadeantes da doença, da interação, da avaliação e da resposta do indivíduo em relação às situações ameaçadoras ao seu bem-estar, podem moderar o impacto, frear ou acelerar o desenvolvimento de um processo mórbido (NUNES et al., 2014).

A ansiedade é caracterizada como um fenômeno que pode prejudicar o funcionamento psíquico e somático e tornar-se patológico dependendo de sua intensidade. É responsável pela adaptação do organismo em situações de perigo, que em níveis normais trata-se de fenômeno fisiológico. Quando a ansiedade é excedente, desencadeia a falência da capacidade adaptativa, em vez de contribuir para a adaptação (BENUTE et al., 2009).

Cabe destacar que a ansiedade é um dos sintomas mais frequentes em pessoas com doenças crônicas, porém a literatura aprofundada nessa área, principalmente em renais crônicos em tratamento hemodialítico, são escassos. A condição crônica vivenciada na IRC e o tratamento hemodialítico são fontes de estresse permanente, sendo percebido pelo indivíduo como uma ameaça à vida, à integridade corporal e como interrupção do meio de sobrevivência, o que pode gerar um sentimento ambíguo entre medo de viver e o de morrer (VALLE; SOUZA; RIBEIRO, 2013).

Para exemplificar essas informações, um estudo realizado no Instituto do Rim de Natal (RN) identificou, por meio do Inventário de Ansiedade Traço-Estado

(IDATE), que todos os participantes da pesquisa (n=100) apresentavam ansiedade, sendo 66% de intensidade moderada e 34% de alta. Outro estudo com amostra de 50 pessoas com IRC em tratamento hemodialítico encontrou 45% de participantes com transtornos de ansiedade, com manutenção deste quadro em cerca de 30% deles, quando não tratados e em reavaliação após 16 meses (CUKOR et al., 2008; MOURA et al., 2006;).

Com relação à autoestima, esta pode ser entendida como um sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa tem em relação a ela mesma que pode ser considerada como um fator de proteção contra possíveis malefícios gerados pela condição da doença (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004).

No contexto da autoestima das pessoas com IRC em tratamento hemodialítico, com frequência observa-se uma autoestima baixa nesses indivíduos o que, geralmente, está associado às condições impostas pela doença e pelo tratamento (NUNES et al., 2014).

Ressalta-se ainda, que a falta da consistência a respeito da imagem corporal ou da própria autoestima pode ser consequência do fato de que a pessoa com IRC possa sentir-se ameaçada e insegura ou perceber que sua vida se modifica em decorrência do tratamento, resultando na desorganização no senso de identidade (valores, ideais e crenças) e na maneira com que interpreta sua imagem corporal (RAMOS, 2009).

Correlacionando a ansiedade e a autoestima, é notório enfatizar que, a ansiedade possui estreita relação com a autoestima, e que mediante a ocorrência de um evento estressor, essa relação pode agravar as enfermidades físicas e mentais (MARIUTTI, 2010).

Com isso, mediante o exposto, a IRC reveste-se de singular importância para a vida do cliente, da família e da sociedade, visto que estes necessitam reinventar diversas situações de suas vidas, uma vez que é notório o impacto da patologia e do tratamento dialítico em relação aos aspectos sociais, econômicos, emocionais e afetivos destes indivíduos.

Frente a essa problemática apresentada, surgiram os seguintes questionamentos:

- Quais são os impactos da doença e do tratamento hemodialítico na vida do renal crônico?
- Como o renal crônico enfrenta a doença e o tratamento hemodialítico?
- O renal crônico em tratamento hemodialítico apresenta ansiedade diante do tratamento hemodialítico?
- O renal crônico em tratamento hemodialítico apresenta alterações na autoestima diante o tratamento hemodialítico?
- Existe associação para a ocorrência da ansiedade e da autoestima na vida do renal crônico?

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com os dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2016), o número de pessoas com IRC que precisaram de diálise, cresceu de 42 mil, em 2000, para aproximadamente 122 mil no ano de 2016. Segundo a literatura, a prevalência de IRC no Brasil é de 595 pessoas por milhão, inferior à do Japão, onde a população é mais envelhecida e registra prevalência de 2.535 pessoas por milhão.

Com essa realidade, vale salientar que a condição crônica da doença renal e o tratamento hemodialítico podem ser fontes de estresse permanente no indivíduo, podendo levar a pessoa ao isolamento social, à perda da capacidade laboral, à parcial impossibilidade de locomoção e de lazer, à diminuição da atividade física, à perda da autonomia e a alterações da imagem corporal. Com isso, essa pessoa pode vir, ao longo de seu tratamento, apresentar ansiedade e alterações na autoestima (DAVISON, 2010).

Diante dessas informações e a partir de um reduzido número de investigações que abordem profundamente a associação da ansiedade e da autoestima no doente renal crônico e em tratamento hemodialítico, justifica-se a realização deste estudo, posto que todas estas questões, relacionadas ao diagnóstico, ao tratamento e às complicações eminentes da IRC requerem ser pesquisadas, para posterior associação com as alterações mentais desses indivíduos. Com isso, espera-se que essa temática possa sensibilizar os profissionais da área da saúde, principalmente os enfermeiros e os acadêmicos de enfermagem, além de toda a equipe multidisciplinar que presta assistência a essas pessoas, para questões que envolvam o atendimento integral ao renal crônico, com vistas a uma maior interação profissional/cliente.

Além disso, espera-se contribuir para a discussão entre os enfermeiros sobre as possíveis formas de melhorar a qualidade de vida dos renais crônicos, no fornecimento de cuidados e de uma atenção individual, assim como, no adequado planejamento da assistência, com vistas a garantir a qualidade do atendimento em saúde de forma humanizada.

Pretende-se com isso, aperfeiçoar a qualidade da relação profissional/cliente/família/instituição para, se possível, alcançar melhor

enfrentamento da doença e da hemodiálise e, conseqüentemente, o sucesso no tratamento desses clientes. Assim, se poderá colaborar para o desenvolvimento de estratégias que visem à humanização e à integralidade da assistência prestada, com o objetivo de minimizar a ansiedade dos renais crônicos durante o tratamento de hemodiálise, bem como, aumentar a sua autoestima.

3 OBJETIVOS

O presente estudo tem os seguintes objetivos:

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a ansiedade e a autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico em um serviço de terapia renal substitutiva de um hospital geral de um município do Sul de Minas Gerais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as variáveis socioeconômicas, de hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a doença e o tratamento e eventos marcantes na vida dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico;
- b) Avaliar a ansiedade dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico;
- c) Avaliar a autoestima dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico;
- d) Verificar se existe associação entre a ansiedade e as variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, crença religiosa, número de filhos, renda familiar mensal, recebimento de benefício financeiro, tipo de moradia, escolaridade, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, prática de atividade física, tempo de diagnóstico de insuficiência renal crônica, etiologia (causa) da insuficiência renal crônica, tempo de tratamento em hemodiálise, tipo de acesso para a realização de hemodiálise e eventos marcantes na vida;
- e) Verificar se existe associação entre a autoestima e as variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, crença religiosa, número de filhos, renda familiar mensal, recebimento de benefício financeiro, tipo de moradia, escolaridade, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, prática de atividade física, tempo de diagnóstico de insuficiência renal crônica, etiologia (causa) da insuficiência renal crônica, tempo de tratamento em hemodiálise, tipo de acesso para realização de hemodiálise e eventos marcantes na vida;

- f) Verificar se existe associação entre a ansiedade e a autoestima dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Será apresentada em cada seção deste capítulo a revisão de literatura de acordo com cada temática abordada.

4.1 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Os rins são órgãos essenciais à manutenção da homeostase do corpo humano. Eles exercem função vital, uma vez que são responsáveis pela eliminação de toxinas, pela regulação do volume de líquidos e pela filtragem do sangue, uma vez que filtram, por minuto, cerca de 20% do volume sanguíneo bombeado pelo coração (BASTOS; BREGMAN; KIRSTAJN, 2010).

A insuficiência renal (IR) é caracterizada como uma doença sistêmica que surge quando os rins não conseguem desempenhar essas funções, ou melhor, deixam de remover os produtos metabólicos produzidos pelo corpo ou de realizar sua função reguladora. Devido ao comprometimento da excreção renal, as substâncias que são eliminadas pela urina acumulam nos líquidos corporais, e acabam levando à ruptura das funções metabólicas e endócrinas, como os distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-básico (SANTANA; FONTENELLE; MAGALHÃES, 2013).

A IR pode ser identificada em aguda ou crônica. A IR aguda (IRA) surge em poucos dias e tem cura, enquanto que, na crônica, a doença vai se desenvolvendo com o tempo, e, quando é detectada, geralmente é irreversível (SANTANA; FONTENELLE; MAGALHÃES, 2013).

A IRA é referida com uma síndrome clínica reversível em que existe uma perda abrupta e quase completa da função renal por períodos de horas ou dias, apresenta falha para eliminar os produtos residuais nitrogenados e para manter o equilíbrio hidroeletrolítico. Essa IR ocorre comumente em pessoas hospitalizados, embora possa se desenvolver em ambiente ambulatorial (SANTANA; FONTENELLE; MAGALHÃES, 2013).

O desenvolvimento da doença renal é lento, silencioso, e o organismo consegue se adaptar nas suas fases mais avançadas. No estágio final, conceituado

como fase pré-diálise, a sintomatologia começa a surgir e as análises laboratoriais revelam a existência de alterações. O cliente apresenta níveis elevados de fósforo, de potássio e de paratormônio, além de anemia, acidose, emagrecimento, sinais de desnutrição, hipertensão arterial, enfraquecimento ósseo, cansaço, diminuição da libido e do apetite. Apresenta perda de massa muscular e de tecido adiposo, porém com esta retenção de líquidos pode não ser notado o emagrecimento, uma vez que o peso permanece igual ou maior em virtude do edema, que poderá estar presente nos membros inferiores (NASCIMENTO, 2013).

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) referenciou a definição de IRC proposta pela *National Kidney Foundation Americana* (NKF), em seu documento denominado *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (K/DOQI), que se baseia nos seguintes critérios: lesão presente por um período igual ou superior a três meses, definida por anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição da Filtração Glomerular (FG), evidenciada por anormalidades histopatológicas ou de marcadores de lesão renal, incluindo alterações sanguíneas ou urinárias, ou ainda de exames de imagem; filtração Glomerular <60 mL/min/1,73m² ou a taxa de filtração glomerular >60 mL/min/1,73m² por um período igual ou superior a três meses com ou sem lesão renal (BASTOS; BREGMAN; KIRSTAJN, 2010).

O diagnóstico da IRC é realizado por meio da avaliação da FG. O nível dessa função varia com a idade, o sexo, e a massa muscular e diminui com a idade. Atualmente, as diretrizes preconizam que a FG pode ser estimada a partir da dosagem sérica da creatinina (Cr_s), aliada a variáveis demográficas, tais como: idade, sexo, raça e tamanho corporal (BASTOS; BREGMAN; KIRSTAJN, 2010).

Cabe destacar que o tratamento do IRC está relacionado com sua evolução e de outros problemas de saúde apresentados pelo cliente. Deve-se levar em consideração a prevenção, o acompanhamento e a intervenção nas complicações de comorbidades associadas à doença, com a finalidade de retardar ou até mesmo impedir o avanço da insuficiência (NKF, 2002).

Diversas medidas terapêuticas podem ser adotadas na fase inicial da falência funcional renal, entre as quais: o controle da hipertensão arterial e a ingestão restrita de proteínas. Com a progressão da falência renal, o tratamento é medicamentoso,

variando conforme as complicações e as comorbidades manifestadas pelo cliente. No momento em que se perde a função renal, são adotadas as Terapias Renais Substitutivas (TRS) (SIVIERO; MACHADO; RODRIGUES, 2013).

Dentre os tratamentos que substituem a função dos rins, podem ser citados a hemodiálise (HD), a diálise peritoneal (DP) e o transplante renal. Existem três tipos de DP: diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal cíclica contínua (DPCC) e diálise peritoneal intermitente (DPI) (MACHADO; PINHATI, 2014).

No que diz respeito ao transplante renal, trata-se de um procedimento cirúrgico complexo e invasivo. Ele pode ocorrer por meio do doador falecido ou doador vivo, que sejam consanguíneos ou não (PERSCH; DANI, 2013).

Embora o transplante renal seja uma modalidade terapêutica importante e bastante desejada pelo renal crônico, a cirurgia não representa a cura da IRC, mas sim, a possibilidade de uma nova perspectiva de vida e de tratamento, o qual incluirá o acompanhamento médico contínuo, o uso de medicação imunossupressora e a adesão a um plano de cuidados que objetiva a manutenção da saúde (SILVA et al., 2011).

A efetivação do transplante implica inúmeras mudanças, bem como, adaptações para desenvolvimento de atividades cotidianas e sociais. A pessoa precisa se adequar à rotina dos medicamentos e conviver com o medo de rejeição do órgão transplantando, podendo retornar em algum momento da vida para a HD (QUINTANA; WEISSHEIRMER; HERMANN, 2011).

A diálise peritoneal (DP) utiliza-se do peritônio, uma membrana localizada dentro do abdômen que reveste os órgãos internos para a realização da filtração do sangue. A membrana peritoneal age como um dialisador, que na verdade é uma membrana semipermeável, heterogênea, contendo diversos poros, com uma fisiologia e uma anatomia complexa (DAUGIRDAS; BLAKE; TODD, 2010).

O tratamento realizado com hemodiálise é uma modalidade de TRS que ocorre por meio da filtração sanguínea em uma membrana semipermeável (dialisador ou rim artificial), basicamente, com as trocas de líquidos, eletrólitos e produtos do metabolismo, entre o sangue e o dialisador. Para a realização desse procedimento é necessária a presença de um cateter venoso de acesso central,

fístulas arteriovenosas (FAV) ou próteses por onde flui o sangue impulsionado por uma bomba da máquina de hemodiálise, que percorre uma extensão extracorpórea e, após, retorna ao cliente (DEBONE et al., 2017).

Destaca-se que a FAV é o acesso vascular permanente mais seguro e de maior durabilidade utilizado em clientes renais que consiste em uma anastomose subcutânea entre uma artéria com uma veia que demora cerca de 30 dias para a maturação. É geralmente confeccionada em braço não dominante para não limitar as atividades diárias do cliente (ANVISA, 2014; DAUGIRDAS; BLAKE; TODD, 2010; FERMI, 2011; LEITE, 2013).

É importante enfatizar que a FAV pode apresentar algumas complicações entre as quais: hipofluxosanguíneo, tromboses, aneurismas, infecções, isquemia da mão, edema de mão e sobrecarga cardíaca. Cabe destacar que a prevenção dessas complicações pode ser realizada por meio de cuidados adequados. As ações têm como responsáveis a equipe de saúde, incluindo a equipe de enfermagem, e o cliente renal crônico, que precisa ser orientado acerca do seu autocuidado no período de confecção e no manejo do seu novo acesso vascular (FURTADO; LIMA, 2006).

Durante o período de maturação da FAV, os cuidados adotados têm como objetivo proporcionar maior durabilidade à fistula e manter o braço elevado, evitar curativos circunferências ajustados, avaliação do fluxo sanguíneo diário e realização de exercícios de compressão manual. No uso da fístula, devem ser empregada compressão adequada para hemostasia após diálise, poupar o membro do acesso, evitar grandes esforços, infusões venosas e medidas de pressão arterial (REINAS; NUNES; MATTOS, 2012).

No que diz respeito à HD, o procedimento é seguro e capaz de manter a vida dos clientes por longos períodos. Quando a pessoa realiza esse tratamento, deve comparecer três a quatro vezes por semana a um serviço especializado de nefrologia, durante um período que pode variar de três a cinco horas. Clientes que fazem uso dessa terapia geralmente devem se submeter ao tratamento durante o resto de suas vidas ou até que se realize um transplante renal bem-sucedido (SANTOS et al., 2017).

Cabe enfatizar que mesmo com a crescente modernização dos equipamentos nas últimas décadas, 30% das sessões de hemodiálise podem desencadear algum tipo de complicação decorrente dessa modalidade terapêutica (CASTRO, 2001). Essas complicações incluem: hipotensão arterial (como uma das principais), câimbras, náuseas e vômitos, cefaleia, dor no peito, dor lombar, prurido, febre e calafrios, diarreia, reações alérgicas, arritmia cardíaca, embolia gasosa, hemorragia gastrointestinal, problemas metabólicos, convulsões, espasmos musculares, insônia, inquietação, demência, infecções, pneumotórax ou hemotórax, isquemia ou edema na mão e anemia (BERKOW; FLETCHER, 1995; TOMÉ et al., 1999).

Algumas são extremamente graves e fatais como é o caso das alterações hemodinâmicas decorrentes do processo de circulação extracorpórea e a remoção de um grande volume de líquidos em um espaço de tempo muito curto (NASCIMENTO; MARQUES, 2005).

A literatura descreve que os clientes renais crônicos em tratamento hemodialítico devam assumir os cuidados e o controle do esquema terapêutico. Para que isso ocorra, é necessário identificar suas necessidades, auxiliá-los a se sentirem responsáveis e capazes de praticar seu autocuidado, por meio da aplicação da Clínica Compartilhada (CESARINO; CASAGRANDE, 1998).

Nesse sentido, o cliente com IRC deve ser ajudado a compreender o que acontece consigo mesmo, cabendo à enfermagem, com supervisão dos enfermeiros, desenvolver estratégias educativas com a intenção de orientá-lo acerca de sua patologia, sintomatologia, estilo de vida, tratamento e cuidados com a FAV, conforme as necessidades individuais apresentadas (JACOBOWSKI; BORELLA; LAUTERT, 2005).

O profissional da enfermagem assume um papel importante, por permanecer o tempo todo ao lado do cliente, em uma periodicidade de três vezes por semana, a qual favorece e possibilita conhecê-lo, observá-lo e detectar alterações no seu estado geral. Além disso, essa aproximação favorece o vínculo e a relação de confiança entre profissionais e pacientes, por meio de um atendimento humanizado, o que pode contribuir para melhorar a adesão ao tratamento. Consequentemente, o que pode diminuir também as intercorrências, por meio de ações educativas e de

prevenção de danos, resultantes das intercorrências e da própria evolução da doença (COITINHO et al., 2015).

Ainda nesse contexto do tratamento de hemodiálise, ressalta-se que a HD demanda adaptações na vida do cliente, uma vez que devido à diversas restrições podem se comprometer suas atividades diárias. O cliente pode também apresentar inúmeras dificuldades que influenciam na adesão do tratamento; sendo necessário buscar novas formas para auxiliá-lo no processo de adaptação e na manutenção da terapia (PESSOA; LINHARES, 2015).

Os indivíduos que vivenciam patologias crônicas geralmente perdem vínculos e controle de poder. Dentre essas perdas, mais normalmente, está o sentimento de medo pelo futuro e pela incapacidade de mudar o próprio destino. Na IRC e no tratamento hemodialítico, os estudos apresentam que o cliente sofre desconexão com o mundo, perde sentimentos, perde a vontade de trabalhar e a plenitude de raciocínio (BARROS et al., 2011).

Algumas pesquisas têm centralizado na relação de fatores socioambientais, de estresse, de ansiedade e de depressão com as IRC (DINIZ et al., 2012; KAPTEIN et al., 2010; LEYRO; ZVOLENSKY; BERNSTEIN, 2010); ao mesmo tempo outras literaturas buscam medir adaptações fisiológicas e/ou psicológicas na doença crônica (NIFA; RUDNICKI, 2010; SANTOS et al., 2012). Com isso, numerosas variáveis psicológicas mostram sua influência no ajustamento a essa doença crônica, dentre as quais a ansiedade, a depressão, a raiva, a incerteza, o autoconceito negativo e a resistência ao tratamento (BARROS et al., 2011).

Em uma condição de IRC e em tratamento hemodialítico, o planejamento de novas circunstâncias de vida é uma atribuição difícil que é necessário ser realizada pela própria pessoa (BARROS et al., 2011). É o doente que vivencia os processos de mudanças que se iniciam na área biológica e que podem passar ao campo psicológico e social (ARAÚJO FILHO et al., 2016; CHAN et al., 2011; KAPTEIN et al., 2010; ZANINI et al., 2012).

Diante da dependência da HD, os clientes com IRC, além de serem mais suscetíveis a alterações mentais, vivenciam condições particulares nesse processo de adoecimento e de tratamento. Necessitam também acessar os serviços de saúde, dependem dos serviços de hemodiálise, necessitam de controle rigoroso de

dieta e de líquidos, têm a atividade laboral restringida, e, conseqüentemente, há redução da sua participação no orçamento familiar (SANTOS; NAKASU, 2017).

Frente as essas condições, as perdas não afetam somente os clientes, e, assim, incluem os familiares. No cenário do adoecimento e da necessidade de HD, além das alterações mentais e físicas, os clientes, na maioria das vezes, apresentam-se exaustos e resistentes durante o tratamento. Com isso, podem reagir a situações ameaçadoras com intensidade elevada de alterações na ansiedade e na autoestima, decorrentes das perdas vivenciadas nesse adoecimento (SANTOS; NAKASU, 2017).

Cabe ressaltar que a condição crônica da IRC e o tratamento hemodialítico são considerados fontes de estresse permanente para a pessoa, sendo capazes de levar ao isolamento social, à perda da capacidade laboral, à parcial impossibilidade de locomoção e lazer, à diminuição da atividade física, à perda da autonomia, a alterações da imagem corporal e, ainda, a um sentimento ambíguo entre o medo de viver e o de morrer. Mediante esses fatores, as pessoas nessas condições de cronicidade da doença e de tratamento, podem vir a desenvolver a ansiedade e a apresentar autoestima baixa (DAVISON, 2010; MACHADO; CAR, 2003).

4.2 ANSIEDADE

A ansiedade pode ser caracterizada enquanto situação clínica, quando implica uma alteração ocupacional do indivíduo, bloqueando o andamento de suas atividades profissionais, sociais e acadêmicas. Engloba um grau de sofrimento considerado significativo e também quando as respostas de evitação ocuparem um tempo considerável do dia (ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

Pode ser considerada também como uma emoção normal, comum da experiência humana, um mecanismo de defesa de caráter adaptativo, que possui o papel de mediar a interação do indivíduo com o meio ambiente (RAMOS, 2009).

A ansiedade refere-se como sendo uma resposta psicológica e física à ameaça do autoconceito, caracterizada por um sentimento subjetivo de apreensão,

percebido pela consciência e pela grande atividade do Sistema Nervoso Autônomo (CARVALHO et al., 2004).

Vale mencionar ainda que, a ansiedade é um estado emocional que relaciona elementos psicológicos e fisiológicos e que fazem parte do estado normal das experiências humanas, não envolvendo uma concepção unitária. Considerando que a ansiedade pode se estabelecer e estar relacionada a quase todas as patologias, no caso da doença renal, provavelmente, esta manifesta principalmente devido a dois fortes fatores: a cronicidade da doença e seu tratamento rígido, que é muito comum à hemodiálise. Ela desencadeia tanto em relação às perdas efetivas como também em relação às possibilidades de perda (VALLE; SOUZA; RIBEIRO, 2013).

Considerada um diagnóstico de enfermagem, é vista como um sentimento vago e incômodo de desconforto e de temor, acompanhado por resposta autonômica, sentimento de apreensão causado pela antecipação do perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça (NANDA, 2018).

Cabe salientar que a ansiedade pode ser considerada um estado normal no indivíduo que resulta de uma reação também normal a algo específico como um sistema de alarme. O que diferencia o estado normal do patológico, é a intensidade da ansiedade na pessoa (BAUER, 2002).

A ansiedade, como sintomatologia, tem um predomínio alto na população geral (18%). Nessa situação, é considerada parte natural do cotidiano do indivíduo, é também propulsora de mudanças e de alterações experimentadas ao longo da vida, que quando não desproporcionada pode auxiliar no desenvolvimento e no desempenho do indivíduo, proporcionando, assim, a criatividade e o estímulo à colaboração interpessoal (CABRERA; SPONHOLZ, 2002).

Ademais, a ansiedade para se caracterizar patológica, apresenta diversas respostas ou reações desajustadas a uma percepção ou a um estímulo, podendo interferir no desenvolvimento normal do indivíduo. Assim como, pode interferir como na autoestima, na interação com os outros, na aquisição de conhecimentos e na memória, além de predispor para uma maior vulnerabilidade com perda de defesas físicas e psíquicas (CABRERA; SPONHOLZ, 2002).

Contudo, quando a ansiedade atinge graus muito elevados e contínuos, pode ser considerada prejudicial ao organismo, uma vez que fará com que este permaneça em constante estado de alerta, configurando, assim, as patologias designadas como transtornos de ansiedade (ARAÚJO et al., 2011).

Conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID- 10), os transtornos de ansiedade são caracterizados pela presença de manifestações ansiosas que não são desenvolvidas unicamente pela exposição a uma determinada situação. Podem ser acompanhadas de sintomas depressivos ou obsessivos, bem como por certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que essas manifestações sejam, claramente secundárias ou pouco graves (OMS, 1997).

No Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (*American Psychiatric Association - DSM-V*) é descrito que os transtornos ansiosos compartilham características de medo e de ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas a eles. É considerado medo a resposta emocional à ameaça iminente real percebida, por outro lado, a ansiedade é a antecipação da ameaça futura. Os transtornos de ansiedade se diferenciam do medo ou da ansiedade adaptativa por serem excessivos ou persistentes para além do tempo esperado com relação à situação desencadeante. Inúmeros transtornos de ansiedade desenvolvem-se na infância e tendem a persistir na vida adulta quando não tratados (APA, 2014).

Ainda de acordo com DSM-V, os critérios para diagnosticar o transtorno de ansiedade devem ser feitos quando for percebida a ocorrência frequente e intensa dos diversos sintomas físicos (taquicardia, palpitações, boca seca, hiperventilação e sudorese), comportamentais (agitação, insônia, reação exagerada a estímulos e medos) ou cognitivas (nervosismo, apreensão, preocupação, irritabilidade e distratibilidade) (APA, 2014).

É importante ressaltar que esses transtornos são diferentes um do outro nos tipos de situações que levaram ao medo, à ansiedade ou ao comportamento de evitação e a ideia associada. Diante disso, o nível de ansiedade e o que está causa pode serem diferenciados pelo exame atento do profissional aos tipos de situações em que o indivíduo julga e evita, além do conteúdo dos pensamentos ou os valores associados a essas situações (SOUZA; OLIVEIRA, 2017).

A maneira prática de se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica é basicamente analisar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não (CASTILLO et al., 2000).

De modo geral, a ansiedade pode ser caracterizada como um sinal de alerta, visto que desperta sobre perigos iminentes e impulsiona o indivíduo a tomar medidas para enfrentar as ameaças (VASCONCELOS; COSTA; BARBOSA, 2008).

Com isso, inúmeros esforços têm sido realizados na busca de reproduzir operacionalmente e determinar de forma edificada a ansiedade. Assim sendo, as escalas para a interpretação de ansiedade mensuram diversos aspectos que podem ser associados de acordo com: humor, cognição, comportamento, estado de hiperalerta, sintomas somáticos, entre outros (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998; KEEDWELL; SNAITH, 1996).

A literatura apresenta diversos instrumentos (questionários, inventários e escalas) para a avaliação da ansiedade. A maioria dos instrumentos foram criados para serem aplicados em clientes psiquiátricos. Geralmente, os instrumentos contêm itens que avaliam sintomas psíquicos e somáticos, os quais podem ser confundidos com sinais e sintomas consequentes à doença de base ou ao seu tratamento, podendo levar a resultado falso positivo (SNAITH, 2003; ZIGMOND; SNAITH, 1983).

Com relação às consequências da ansiedade na vida da pessoa, esta tende a produzir confusão e distorções perceptivas, não apenas em termos de tempo e de espaço, mas de pessoas e significados dos eventos. Estas distorções podem causar interferências no processo de aprendizagem, baixando a atenção e a concentração, reduzindo a memória, prejudicando a capacidade de associação e minimizando o desenvolvimento de habilidades de aprendizado (ALMEIDA; DRACTUR; LARANJEIRA, 1995; KAPLAN, 1997; MELEIROS et al., 2001).

Pode também ser apresentada por alguns elementos em comum com uma sensação difusa, altamente desagradável e frequentemente vaga de apreensão, acompanhada por uma ou mais sensações corporais, como, sensação de vazio na boca e no estômago, súbita necessidade de evacuar, cefaleia, batimentos cardíacos acelerados, sudorese, aperto no tórax, inquietação e um desejo de movimentar-se, podendo, assim, apresentar um estado de atenção sensorial e de tensão motora aumentada (VAINBOIM, 2005).

Frente ao exposto e no contexto da ansiedade e do tratamento hemodialítico, a ansiedade, geralmente, retrata limitações às pessoas e traz consequências ao tratamento para o renal crônico. Clientes em hemodiálise, ao se adaptarem física e mentalmente a essa modalidade de tratamento que traz prescrições, restrições e dietas específicas, acabam ficando em estado de alerta e de tensão, o que desencadeia reações de ansiedade devido à constante exposição às situações estressoras, como a diálise e a permanência frequente em ambiente hospitalar (DYNIEWICZ; ZANELLA; KOBUS, 2004; HIGA et al., 2008).

4.3 AUTOESTIMA

A autoestima se reproduz na forma como as pessoas aceitam a si mesmas, valorizam o outro e projetam suas expectativas. A autoestima se baseia nas respostas dadas pelos indivíduos às diferentes situações ou aos eventos da vida. É considerada um importante indicador de saúde mental por interferir nas condições afetivas, sociais e psicológicas dos indivíduos. Corresponde ao somatório de valorações que o indivíduo atribui ao que sente e pensa, avaliando seu comportamento como positivo ou negativo, a partir desse quadro de valores (SCHULTHEISZ; APRILE, 2013).

Autores corroboram que a autoestima pode ser interpretada como uma avaliação global de seu próprio valor, com resultados positivos ou negativos. É um componente do autoconceito, em que sentimentos e pensamentos são referências de si próprio como objeto (BRANDEN, 2000; ROSENBERG, 1965).

Rosenberg (1965), autor importante nessa área de estudos sobre a autoestima, afirma que esta é uma avaliação que o indivíduo faz de si mesmo, expressando atitudes de aprovação ou de desaprovação.

Com isso, o nível de autoestima na pessoa pode ser alterado por ações e atitudes de como agir, sendo baseada pela confiança, pela capacidade humana de pensar, de vencer, de ser feliz e de enfrentar os desafios da vida. A autoconfiança torna-se fator motivacional e comportamental (BRANDEN, 2000).

Em diversas literaturas a autoestima é descrita de forma distinta. Alguns autores a relacionam com a intensidade com que o indivíduo se sente adequada em determinados domínios que para ele são particularmente indispensáveis (ROCHA; INBERGMAN; BREUS, 2011). Também pode ser considerado um fenômeno de aprendizado e que compreende todo o processo de vida do indivíduo a categoria de aceitação ou rejeição do *self* (VARGAS; DANTAS; GÓIS, 2005).

Ressalta-se que a postura equilibrada, a autoaceitação, o amor próprio, a segurança, a confiança em outras pessoas, e a autoconfiança, são indicativos físicos, psicológicos e emocionais que podem demonstrar uma autoestima alta. Fatores como sexo, estado civil, idade e presença de doenças podem influenciar no nível da autoestima (LEE; SHEHAN, 1989; SCHIEMAN; CAMPBELL, 2001).

Algumas literaturas descrevem as Teorias relacionadas à autoestima. O quadro 1 demonstra alguns dos teóricos que descrevem definições, abordagens e limitações sobre esse tema, conforme Rocha (2002) e Terra (2010).

Quadro 1- Teorias da Autoestima

Autor	Abordagem	Definição	Limitações
Morris Rosenberg	Sociocultural	Atitude positiva ou negativa oferecida a um objeto particular, o "eu". Autoeficácia e valor.	A autoestima depende do meio, ou seja, a motivação pessoal é desvalorizada neste ponto de vista.
Nathaniel Branden	Humanista	Quatro pilares básicos sustentam a autoestima: integridade como pessoa, grau de consciência, autoaceitação e vontade de aceitar responsabilidades.	Trabalho mais filosófico que científico. Dirigido principalmente a leigos que procuram leituras de autoajuda.
Robert White	Psicodinâmica	Fenômeno evolutivo, a autoestima está atribuída a conceitos de competência e efetividade do Ego.	Baseada em pressupostos teóricos de estruturas da personalidade. Experimentalmente não pode ser avaliada.
Stanley Coopersmith	Comportamental	A autoestima depende da experiência e dos comportamentos. A palavra-chave é a aprendizagem.	Grande parte dos estudos ficaram limitados à infância e adolescência.
Seymor Epstein	Cognitivo-experimental	Estrutura hierárquica fundamentada na organização cognitiva.	Discorre mais sobre o desenvolvimento da personalidade do que a autoestima.
William James	Fundamenta-se na perspectiva histórica.	Associam-se a valores, competências e êxitos relativos a cada indivíduo.	Sustentado na introspecção.

Fonte: Adaptado de Rocha (2002) e Terra (2010).

A mensuração da autoestima tem sido mundialmente realizada por meio de uso de escalas capazes de classificar o nível de autoestima em baixo, médio e alto.

A autoestima baixa se expressa pelo sentimento de incompetência, de inadequação e de incapacidade de enfrentar os desafios; a média é caracterizada pela oscilação do indivíduo entre o sentimento de aprovação e rejeição de si; e a alta consiste no autojulgamento de valor, de confiança e de competência (ROSENBERG, 1965).

Já, para Vargas, Dantas e Góis (2005), a autoestima pode ser classificada quanto seu nível, em baixa ou alta. A baixa resulta na insatisfação pessoal, na autorrejeição e no desprezo por si mesmo. No nível de autoestima alta, o indivíduo respeita a si mesmo, tem o sentimento de se achar bom o suficiente sem se sentir superior em relação às outras pessoas.

Rosenberg (1965), descreve que nesse cenário, o indivíduo com bom nível de autoestima é aquele que simplesmente se considera igual aos outros, sabe das próprias limitações e procura melhorar.

Cabe salientar que alguns problemas na vida e no cotidiano da pessoa podem ser associados com a autoestima baixa, como: violência familiar, gravidez precoce, conflitos no trabalho, insatisfação no emprego, uso abusivo de álcool e outras drogas, desempenho escolar fraco, agressões escolares, suicídio, delinquência, depressão e prostituição (MECCA; SMELSER; VASCONCELLOS, 1989; ROSENBERG, 1965; TAMAYO; CUNHA, 1983).

Paralelamente, os níveis de autoestima também influenciam os sucessos e os fracassos no processo de aprendizagem, no trabalho e nas relações interpessoais do indivíduo, uma vez que a autoestima está diretamente ligada à valorização e à confiança pessoal (FUREGATO et al., 2006). E, também, por ela expressar a capacidade de enfrentar os desafios da vida com o resultado da satisfação dos próprios interesses e necessidades (SBICIGO; BANDEIRA; DELL'AGLIO, 2010).

Por conseguinte, no que diz respeito à alteração da autoimagem como causa de sofrimento em clientes com IRC e em tratamento hemodialítico, esta é considerada um fator marcante do início do tratamento, principalmente como fator discriminador. Ressalta-se que o uso do cateter se relaciona à alteração da autoimagem e se associa à dependência do tratamento hemodialítico, o que a torna diferenciada frente a outros indivíduos, causando sentimento de angústia e tentativa de isolamento. Assim também, a estrutura motriz dos instintos de vida do sujeito

passa a ser centrada no órgão doente e tais alterações orgânicas ativam as emoções do indivíduo, reestruturando sua imagem corporal (LIMA; GUALDA, 2001).

Frente ao exposto, a HD, a despeito de constituir uma forma indispensável de tratamento que prolonga a vida dos renais crônicos, implica impactos negativos que incidem desde situações estressantes, mudanças no estilo de vida, diminuição da energia física, alterações de aparência pessoal que podem influenciar a autoestima, e novas incumbências a pessoa. A mudança no estilo de vida a ser adotado pelos indivíduos submetidos à HD pode desencadear sentimentos como medo, ansiedade, insegurança, culpa e raiva. Como consequência, há possibilidade de uma diminuição da autoestima e de um comportamento de resistência em seguir o tratamento adequado, prejudicando, assim, o quadro clínico (MADEIRO et al., 2010).

Ao relacionar os dois objetos de estudo, ou seja, a ansiedade e a autoestima, pode-se destacar que a autoestima está relacionada negativamente com a ansiedade (PARK et al., 2018). Assim, pessoas que apresentam mais sintomas de ansiedade, principalmente as do sexo feminino, podem estar relacionadas a exposição a fatores estressantes, como a autoestima baixa (MOLLER, 2007; WATKINS et al., 2013).

As pessoas com níveis de autoestima mais baixos são mais sensíveis às críticas de outros e se preocupam com a forma com que os outros a veem e a julgam, evitando se expor demais e proteger sua autoestima. Como consequência, podem se sentir solitárias, tristes, tímidas, incapazes de realizar as próprias tarefas e de obter prazer por coisas que antes eram prazerosas; podendo, assim, serem levadas a percepção negativa do próprio valor, condição que pode elevar o risco de desenvolver sintomas de ansiedade e de depressão (SOWISLO; ORTH, 2013).

5 MÉTODO

Neste capítulo será abordado o método utilizado para a realização deste estudo.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, de corte transversal e com abordagem quantitativa.

Os estudos descritivos visam à identificação, ao registro e à análise das características, dos fatores ou das variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo (PEROVANO, 2014). São comprometidos com a descrição dos padrões de ocorrência de doenças, ou agravos à saúde, em uma população de acordo com certas características, principalmente em relação à pessoa, ao lugar e ao tempo (FRANCO; PASSOS, 2005).

Os estudos analíticos iniciam-se com a observação da realidade, com vistas a averiguar a associação entre distintos fatores, em que parte de um fator de exposição em busca da associação com um desfecho (ARAGÃO, 2011).

A pesquisa transversal é definida como sendo os estudos nos quais fator e efeito são observados num mesmo momento histórico, ou seja, fazendo um corte no tempo. Destaca-se que esse delineamento é um dos tipos de estudo mais empregados na pesquisa descritiva e epidemiológica (BORDALO, 2006).

A abordagem quantitativa geralmente busca a validação das hipóteses mediante a utilização de dados estruturados, estatísticos, com análise de um grande número de casos representativos, recomendando um curso final da ação. Quantifica os dados e generaliza os resultados da amostra para os interessados (MATTAR, 2001; POLIT; BECK, 2011).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A presente pesquisa foi realizada em um serviço de terapia renal substitutiva de um hospital localizado em um município do Sul do Estado de Minas Gerais.

Esse município possui 166.085 habitantes, com uma densidade demográfica de 278,54 hab/km² cujos serviços de saúde prestam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), particular e convênios. Essas informações foram extraídas com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2017 (IBGE, 2017).

O referido hospital foi fundado em fevereiro de 1904, tendo o seu primeiro local obtido por meio de doação de uma casa, por uma irmandade religiosa que realizava atendimento à população carente. Com a necessidade de ampliação devido à demanda, foi construído um prédio maior em outro local. Em 1945 foi iniciada uma nova construção definitiva, em um local estratégico onde o Hospital da Santa Casa foi reinaugurado no dia 20 de maio de 1962 e permanece até os dias atuais, sendo incluída na lista de imóveis que integram o patrimônio histórico de Poços de Caldas-MG (SANTA CASA DE POÇOS DE CALDAS, 2017).

Trata-se de um hospital de médio porte, que atualmente realiza atendimentos no âmbito público e privado, sendo que no Serviço de hemodiálise estão em funcionamento 21 máquinas, que prestam atendimento às pessoas residentes no município e nas cidades circunvizinhas, por 3 vezes na semana, em turnos fixos de segunda, quarta e sextas-feiras; e outro turno na terça, na quinta e nos sábados.

5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

No serviço de terapia renal substitutiva do referido hospital onde o estudo foi realizado, estavam cadastrados no período da coleta 117 pessoas com insuficiência renal crônica e que estavam sendo submetidas ao tratamento hemodialítico.

Os critérios de inclusão adotados no presente estudo foram: pacientes que tenham dezoito anos de idade ou mais, com diagnóstico de insuficiência renal crônica constatado e que estavam em tratamento hemodialítico no referido serviço. Cabe destacar que esta pesquisa teve como objetivo ter como população de estudo todos os participantes que se enquadrassem nesses critérios.

Mediante estes critérios, do total de 117 pessoas cadastradas, nove recusaram-se a participar do estudo, totalizando, assim, 108 participantes.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013), que trata de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, o projeto de pesquisa foi submetido, via Plataforma Brasil, à avaliação e à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), sendo aprovado sob o Parecer Consubstanciado nº 2.893.082 (CAAE: 93653418.2.0000.5142) (ANEXO A).

Os dados coletados serão armazenados por cinco anos, sob a posse e responsabilidade do pesquisador principal.

Foi solicitada autorização prévia à administração da instituição onde o estudo foi desenvolvido (APÊNDICE A).

Aos participantes da pesquisa, foi solicitada a concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, das quais uma ficou com o pesquisador, outra com o pesquisado, sendo garantido o anonimato e o direito de desistência em qualquer fase da pesquisa (APÊNDICE B).

Solicitou-se também aos juízes que aceitaram participar do processo de refinamento do instrumento referente aos dados socioeconômicos, hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a doença e o tratamento e eventos marcantes na vida que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

Destaca-se que esta pesquisa poderia trazer riscos mínimos aos participantes, podendo causar possíveis desconfortos emocionais e constrangimento ao responder os instrumentos e, se necessário, seriam encaminhados à avaliação psicológica a profissionais capacitados da rede básica do município, sem custos financeiros e por tempo necessário. Entretanto, afirma-se que os pesquisadores tomariam os devidos cuidados quanto ao ambiente da coleta de dados, mantendo a sua privacidade e uma atitude ética e respeitosa quanto aos seus questionamentos e as suas repostas, a fim de evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que poderiam causar desconfortos e constrangimentos. Destaca-se que o participante estava livre para deixar de participar da pesquisa em qualquer fase desta e sem necessidade de apresentar justificativa.

A pesquisa trará como benefícios uma melhor compreensão sobre os temas ansiedade e autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico,

para que assim as abordagens dessas pessoas, por meio dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, sejam aperfeiçoadas, fazendo com que esses clientes tenham uma melhor adesão ao tratamento e possam também buscar a diminuição da ansiedade e a melhora da autoestima.

5.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foram utilizados para coleta de dados três instrumentos descritos na sequência.

5.5.1 Questionário para caracterização dos participantes

O primeiro instrumento foi um questionário semiestruturado, de autoria dos pesquisadores, contendo 21 questões, destinado avaliar os dados socioeconômicos, os hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a doença e o tratamento e eventos marcantes na vida, contendo as variáveis descritas no Quadro 2 (APÊNDICE D).

Quadro 2 – Variáveis do questionário contendo dados socioeconômicos, hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a doença e o tratamento e eventos marcantes na vida.

Grupo de variáveis	Variáveis
Dados Socioeconômicos	Sexo Faixa etária Estado civil Crença religiosa Número de filhos Renda familiar mensal Recebimento de benefício financeiro Tipo de moradia Escolaridade
Hábitos de vida	Consumo de bebida alcoólica Tabagismo Uso de drogas ilícitas Prática de atividade física Presença de outra doença crônica Uso de medicamentos contínuo e/ou diário
Dados sobre a doença e o tratamento	Tempo de diagnóstico da IRC Etiologia (causa) da IRC Tempo de tratamento em hemodiálise Número de sessões de hemodiálise Tipo de acesso para realização de hemodiálise
Eventos marcantes na vida	Eventos marcantes na vida

Fonte: Da Autora
IRC – Insuficiência Renal Crônica

O questionário é uma das formas mais habituais para coletar os dados, pois permite mensurar com melhor exatidão o que se pretende por meio das respostas às questões que o próprio informante preenche, devendo ser limitado em sua extensão e finalidade, optando-se primordialmente por ser de natureza interpessoal (CERVO; BERVIAN, 2002).

Esse instrumento foi submetido a um processo de refinamento, com a finalidade de analisar se seus itens representam o universo do conteúdo e se permitem obter os objetivos traçados (RICCIO et al., 1995). Esse procedimento possui o objetivo de avaliar a clareza, a abrangência e a objetividade em relação ao que se propõe identificar (GALDEANO, 2008).

Para isso, o questionário foi encaminhado à avaliação por cinco juízes com experiência em construção de instrumentos de pesquisas e na temática. Nessa etapa, foi avaliada a facilidade de leitura, a forma de apresentação, a clareza e o

conteúdo do instrumento, por meio do preenchimento de um formulário de avaliação (APÊNDICE E), posteriormente, entregue aos pesquisadores.

Após a análise e a avaliação dos juízes foram necessárias alterações no vocabulário e na formatação, para melhor compreensão, de modo a torna-lo de fácil entendimento aos participantes da pesquisa; além da inclusão da questão: Você faz uso de droga(s) ilícita(s) (como maconha, crack, cocaína, ecstasy, Dietilamida do Ácido Lisérgico, inalantes, heroína, chá de cogumelo entre outras).

Posteriormente, este instrumento foi submetido a um teste piloto com cinco pessoas com IRC em tratamento hemodialítico que são atendidos no serviço de hemodiálise do referido hospital em estudo. Após a análise dessa etapa, não foi necessário realizar alterações no questionário. Sendo assim, os participantes do teste piloto compuseram a população do estudo.

Esse teste piloto foi realizado para analisar a efetividade do instrumento, a melhor maneira de coletar e de registrar os dados, a compreensão dos participantes em relação às questões, bem como, analisar adequações de vocabulário. Esse procedimento tem como objetivo testar o instrumento de pesquisa em uma pequena população, com a finalidade de evitar que a investigação seja conduzida por resultados falsos e torná-la isenta de erros (POLIT; BECK, 2011).

5.5.2 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

O segundo instrumento destina-se à coleta de dados referente à ansiedade.

Utilizou-se a subescala de ansiedade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) (ANEXO B), em sua versão traduzida e validada para o português (BOTEGA et al., 1998).

Zigmond e Snaith (1983) desenvolveram o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), um instrumento que tem como objetivo avaliar, de forma breve, os níveis de ansiedade e de depressão em doentes com patologia e sob tratamento ambulatorial. Foi desenvolvido para detectar estados de ansiedade e de depressão em pessoas fisicamente doentes, e que, se possível, pudessem respondê-la sozinhos.

O instrumento é mais sensível e permite mensurar níveis mais baixos de ansiedade e de depressão e não possui itens somáticos como perda de peso, anorexia, insônia, fadiga, pessimismo sobre o futuro, dor de cabeça, tontura, entre outros. Tem sido utilizado tanto para diagnóstico como para medir a gravidade dos transtornos ansiosos/depressivos (BOTEGA et al., 1998; MARCOLINO et al., 2007; ZIGMOND; SNAITH, 1983). Dentre os principais sintomas avaliados por esse instrumento têm-se: tensão, medo, insegurança, preocupação, relaxamento, agitação e pânico (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

A escala possui 14 itens, fragmentados em subescala de ansiedade e subescala de depressão, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero (0) a três (3), compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada subescala (BOTEGA et al., 1998; ZIGMOND; SNAITH, 1983). Cabe mencionar que para o desenvolvimento da presente pesquisa, foi utilizada somente a subescala de ansiedade, contendo as sete questões relacionadas com esse tema.

Essa escala exclui sintomas mentais graves, detecta graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos, e os quadros de ansiedade e depressão, no entanto não faz sua classificação baseada na intensidade dos sintomas com alta sensibilidade (93,7%) e especificidade (72,6%) (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

Inicialmente, a HAD foi desenvolvida para identificar sintomas de ansiedade e de depressão em clientes de hospitais clínicos não psiquiátricos (ZIGMOND; SNAITH, 1983), sendo depois utilizada em outros tipos de pessoas (BEJELLAND et al., 2002; BRADY et al., 2005; HERRMANN, 1997; KABAK et al., 2003); em indivíduos não-internados (BRANDBERG; ARVER; LINDBLOM, 2004; VAGE; SOLHAUG; VISTE, 2003) e também em indivíduos sem doença (ANDREWS; HEJDENBERG; WILDING, 2006; KLISZCZ et al., 2004).

São adotados como pontos de cortes os recomendados por Zigmond e Snaith (1983) e Snaith (2003), de acordo com cada uma das subescalas: HAD-A = sem ansiedade: 0 a 8; com ansiedade: ≥ 9 .

A Escala HDA foi escolhida como instrumento para este estudo por apresentar boa sensibilidade para avaliar a ansiedade, por ser pequena e de fácil

compreensão, por possuir boas propriedades psicométricas, por ser de domínio público, e ser utilizada por pesquisadores de diversas áreas no Brasil e também ser reconhecida internacionalmente.

Para sua utilização, foi confirmado, pelos autores desta escala, que o uso do instrumento é livre, conforme documento anexo (ANEXO C).

5.5.3 Escala de Autoestima Rosenberg

O terceiro instrumento de pesquisa utilizado nesta investigação foi a Escala de Autoestima de Rosenberg, destinada à avaliação da autoestima (ANEXO D).

Esse instrumento original foi desenvolvido por Rosenberg em 1965, na versão em inglês e, traduzida, adaptada e validada para a versão em português do Brasil em 2001 (DINI, 2001; DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004; HUTZ; ZANON, 2011).

Este é um instrumento do tipo *Likert*, composto por 10 questões, em que cada item de resposta varia de um a quatro pontos, sendo cinco questões relacionadas à avaliação de sentimentos positivos do indivíduo em relação a si mesmo e cinco questões de sentimentos negativos. Pode ser utilizada com crianças, adolescentes, adultos e idosos. As opções de respostas são “concordo totalmente”, “concordo”, “discordo” e “discordo totalmente” (AVANCI et al., 2007; HUTZ; ZANON, 2011; HUTZ, 2000).

A avaliação dos sentimentos positivos do indivíduo referentes a si mesmo, é feita pelas afirmações: “No conjunto, eu estou satisfeito comigo”; “Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades”; “Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas”; “Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas”; “Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo”. Já para avaliação dos sentimentos negativos são realizadas as afirmações: “Às vezes, eu acho que não presto para nada”; “Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar”; “Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes”; “Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo”; “No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso” (HUTZ; ZANON, 2011; VARGAS; DANTAS; GÓIS, 2005).

O intervalo possível dessa escala é de 10 (10 itens multiplicados por valor 1)

a 40 (10 itens multiplicados por valor 4) e o escore é calculado ao somar as pontuações obtidas por meio da avaliação das dez frases mencionadas anteriormente (HUTZ; ZANON, 2011; VARGAS; DANTAS; GÓIS, 2005).

A escala de Rosenberg é avaliada por meio de notas atribuídas a cada afirmativa, variando de 1 a 4, a partir de sua importância. No entanto, nas afirmativas de ordem 1, 3, 4, 7, e 10 esta nota é decrescente e nas demais 2, 5, 6, 8, 9, o inverso. Para a classificação da autoestima, são somados todos os itens que totalizaram um valor único para a escala. A partir dessa soma, a autoestima pode ser classificada como satisfatória ou alta (escore maior que 30 pontos), média (escore entre 20 e 30 pontos) e insatisfatória ou baixa (escores menores que 20 pontos). Dessa forma, quanto maior a somatória, maior a autoestima da pessoa (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004; GOMES; SILVA, 2013; HUTZ; ZANON, 2011).

A escala de Autoestima de Rosenberg foi selecionada como instrumento deste estudo por possuir inúmeras vantagens, como: a capacidade de apontar alterações na autoestima do indivíduo, ser um instrumento pequeno e de fácil compreensão, possuir boas propriedades psicométricas, ser de domínio público e ser utilizada por pesquisadores de diversas áreas no Brasil e também ser conhecida internacionalmente.

Para sua utilização, foi confirmado, pelos autores desta escala, que o uso do instrumento é livre, conforme documento anexo (ANEXO E).

5.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Iniciou-se a coleta de dados sequencialmente após a autorização da administração da instituição e da coordenação do serviço onde o estudo foi desenvolvido, além da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIFAL-MG, assim como, da realização do processo de refinamento do instrumento e da realização do teste piloto.

Para dar início a essa coleta, foi solicitado ao Serviço de Hemodiálise da instituição em estudo a listagem de todas as pessoas que são atendidas no referido serviço e que estão em tratamento hemodialítico.

A pesquisadora com a listagem em mãos, abordou cada uma dessas pessoas que estavam nas sessões de hemodiálise. Durante a abordagem foi solicitada a colaboração para realização da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, comunicando todos os objetivos do estudo, sua participação voluntária e que poderia desistir em qualquer fase.

Após a anuência em participar do estudo, a pesquisadora apresentou os três instrumentos, iniciando a coleta de dados, que foi realizada pela própria pesquisadora, tendo o cuidado de anotar todas as respostas informadas pelo participante.

Os instrumentos foram aplicados na forma de entrevista, durante as sessões de hemodiálise. A entrevista é uma técnica pertinente quando o pesquisador quer obter informações a respeito do seu objeto, que permitam conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode ir além das descrições das ações, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados pelos próprios entrevistadores (RIBEIRO, 2008).

Optou-se por realizar essa técnica de coleta, devido ao fato de que essas pessoas se encontram acomodadas em poltronas para a realização da hemodiálise e por estarem com o membro superior imobilizado, o que dificulta o preenchimento dos instrumentos. Assim também, foi escolhido este momento para a coleta dos dados, uma vez que, se essa etapa fosse realizada antes da sessão de hemodiálise, poderia ter perda no número de participantes do estudo, pois muitos clientes chegam no horário exato de iniciar as sessões. E, caso a coleta ocorresse ao final do procedimento, poderia apresentar algumas dificuldades, uma vez que muitos deles residem em outros municípios e dependem de transportes municipais para retornar suas residências, e também por já estarem exaustos por permanecerem horas dentro da Instituição.

Com isso, para evitar vieses na coleta de dados, ressalta-se que a pesquisadora/entrevistadora fez a leitura de todas as perguntas pausadamente, sem dar sinônimos para as palavras e respondeu conforme a decisão do pesquisado. O modo de leitura foi igual, sem nenhuma interpretação das questões em todas as entrevistas, de forma a não induzir a resposta dos entrevistados.

Cabe mencionar que a coleta de dados foi realizada no período de novembro

a dezembro de 2018, no referido hospital durante as sessões de hemodiálise, atentando para esse procedimento não interferir no andamento das atividades e na dinâmica e na rotina do serviço.

5.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados por meio dos instrumentos foram digitados em uma planilha do MS-Excel, versão 2010, para a elaboração do banco de dados. Para isso, foi feita a seleção, a categorização e a tabulação dos dados. Isso ocorreu para verificar a exatidão das informações obtidas para analisar possíveis falhas na coleta de dados. Para a categorização, os dados foram codificados, de forma que facilitasse a contagem e a tabulação dos resultados (GALDEANO, 2008).

Em seguida, foi efetuada a dupla digitação a fim de evitar erros de transcrição. Posteriormente, foi utilizado para a análise estatística descritiva e inferencial o software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0. Destaca-se que este software é o modelo mais utilizado para a análise de dados por meio de instrumentos tipo *Likert* (BISQUERRA; SARRIERA; MARTINEZ, 2004).

Para avaliação da confiabilidade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (subescala de ansiedade) e da Escala de Autoestima de Rosenberg, utilizou-se o Coeficiente *Alfa de Cronbach* com o intuito de avaliar a consistência interna e se os dados estão correlacionados uns aos outros, uma vez que, quanto maior for o alfa, maior será a homogeneidade das variáveis estudadas, apresentando a relação de proximidade da medida (GUILLERMIN; BOMBARDIER, 1993).

O valor alcançado pelo Coeficiente *Alfa de Cronbach* pode variar entre zero e um. Assim, quanto maior o valor, maior a consistência interna e a confiabilidade do instrumento, ou maior a coerência entre as variáveis, apresentando a homogeneidade na medida do mesmo fenômeno. Por isso, recomenda-se que o valor do Alfa de *Cronbach* seja acima de 0,70 (FAYERS; MACHIN, 2000; ZANEI, 2006).

Cabe salientar que não foi necessário efetuar o teste de normalidade neste estudo, uma vez que foi possível dicotomizar as variáveis necessárias para a realização das análises estatísticas e das associações.

Determinadas variáveis independentes foram reagrupadas/dicotomizadas com o intuito de facilitar a análise estatística dos dados e as comparações, conforme apresentadas no Quadro 3. O reagrupamento/dicotomização foi realizado considerando-se a distribuição dos dados em cada categoria da variável original. Salienta-se que a variável autoestima foi recodificada/dicotomizada em duas categorias para a realização das comparações: autoestima alta x autoestima média/baixa.

Quadro 3- Variáveis independentes utilizadas para as associações e os respectivos reagrupamentos/dicotomizações.

N.	Variáveis	Reagrupamento/dicotomização
1.	Sexo	Masculino x feminino
2.	Faixa etária	Até 59 anos x acima de 59 anos
3.	Estado civil	Com companheiro (a) x sem companheiro (a)
4.	Crença religiosa	Católico x outros
5.	Números de filhos	Sem filhos x com filhos
6.	Renda familiar mensal	Até 2500 x acima de 2500
7.	Recebimento de benefício financeiro	Auxílio doença x aposentadoria
8.	Tipo de moradia	Casa própria x outros
9.	Escolaridade	Até ensino fundamental x ensino médio e superior
10.	Consumo de bebida alcóolica	Não x Sim
11.	Tabagismo	Não x Sim
12.	Prática de atividade física	Não prática x prática
13.	Tempo de diagnóstico de IRC	Até 4 anos x acima de 4 anos
14.	Etiologia (causa) da IRC	HAS x outros
15.	Tempo de tratamento em hemodiálise	Até 4 anos x acima de 4 anos
16.	Tipo de acesso para realização a hemodiálise	Fístula arteriovenosa x CVC/CDL
17.	Eventos marcantes na vida	Não x Sim

Fonte: Da autora

IRC – Insuficiência Renal Crônica

CDL – Cateter de duplo lúmen

HAS – Hipertensão Arterial Severa

CVC – Cateter Venoso Central

Utilizaram-se os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher para verificar se existe associação entre a variável ansiedade e a autoestima com as 17 variáveis independentes apresentadas no Quadro 3.

Com o intuito de verificar se existe associação entre a ansiedade e a autoestima desses renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson.

Neste estudo adota-se o nível de significância de 5%, ou seja, os dados serão estatisticamente significantes para $P < 0,05$.

Após essas análises, foi estimado o *odds ratio* (razão de chance) das variáveis independentes com a ansiedade e a com a medida de autoestima, com o respectivo intervalo de confiança de 95%.

Em seguida, empregou-se o modelo de regressão logística das variáveis independentes com a ansiedade e a autoestima. O método de seleção das variáveis utilizado foi o *Forward Stepwise*, utilizando-se o *odds ratio* com intervalo de confiança de 95%. Assim, todas as variáveis independentes foram incluídas na análise. Posteriormente, as possíveis combinações de variáveis foram selecionadas até se chegar àquelas que forneceram um ajuste ao modelo, com valor estatístico significativo (TRIOLA, 2008).

Com a finalização de todas as análises, os dados obtidos foram representados por meio de tabelas, constando valores absolutos e percentuais, e as variáveis numéricas com estatística descritiva (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo), além de a estatística inferencial.

6 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados do presente estudo. Sendo assim, o capítulo foi estruturado em seis seções em que na primeira mostra-se a análise descritiva das variáveis estudadas. Na segunda seção é feita a avaliação da ansiedade dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico. A terceira é composta da avaliação da autoestima dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico. Posteriormente, na quarta seção são apresentadas as análises univariadas dos fatores associados à ansiedade, na quinta seção as análises univariadas dos fatores associados à autoestima. Por fim, será apresentada a análise da associação entre a ansiedade e autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico.

6.1 ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS

Nesta seção serão apresentadas as análises descritivas das variáveis estudadas referentes aos participantes do estudo. Diante disso, as tabelas numeradas de 1 a 9 atendem ao objetivo específico “a” deste estudo, as quais têm como finalidade identificar as variáveis de dados socioeconômicos, de hábitos de vida e de doença crônica, de dados sobre a doença e o tratamento e eventos marcantes na vida dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com algumas variáveis de caracterização.

Tabela 1 - Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “sexo”, “faixa etária”, “estado civil”, “crença religiosa” e “número de filhos”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	f	%
Sexo		
Feminino	54	50,0
Masculino	54	50,0
Total	108	100,0
Faixa etária		
Até 29 anos	5	4,6
30 a 49 anos	20	18,5
50 a 59 anos	26	24,1
Acima de 59 anos	57	52,8
Total	108	100,0
Estado civil		
Casado(a)/com companheiro(a)	57	52,8
Solteiro(a)	24	22,2
Viúvo(a)	15	13,9
Separado(a)/divorciado(a)	12	11,1
Total	108	100,00
Crença religiosa		
Católica	73	67,6
Evangélica	30	27,8
Espírita	3	2,8
Sem religião	2	1,8
Total	108	100,0
Número de filhos		
Sem filhos	22	20,4
Até 2 filhos	48	44,4
3 a 4 filhos	28	25,9
Acima de 4 filhos	10	9,3
Total	108	100,0

Fonte: Da autora.

De acordo com a Tabela 1, verificou-se a mesma proporção de renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico do sexo masculino e feminino, 50,0% (54), a faixa etária predominante foi a de acima de 59 anos, correspondendo a 52,8% (57) dos entrevistados (média de 57,99; mediana de 60,0; desvio padrão de 13,478; mínimo de 22 e máximo de 80). Com referência ao estado civil, a maioria é casado(a) ou com companheiro(a), representando um percentual de 52,8% (57). Na

crença religiosa observou-se que grande parte dos entrevistados relataram ser católicos, totalizando 67,6% (73). Quando questionados quanto ao número de filhos, a predominância foi de até dois filhos, com um percentual de 44,4% (48) (média de 2,13; mediana de 2,00; desvio padrão de 1,778; mínimo de 0 e máximo de 10).

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico com relação às variáveis “renda familiar mensal”, “recebimento de benefício financeiro”, “tipo de benefício financeiro recebido”, “tipo de moradia” e “escolaridade”.

Tabela 2 - Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico segundo as variáveis “renda familiar mensal”, “recebimento de benefício financeiro”, “tipo de benefício financeiro recebido”, “tipo de moradia” e “escolaridade”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	F	%
Renda familiar mensal*		
Até 1000,00 reais	30	27,8
De 1001,00 a 2500,00 reais	38	35,2
De 2501,00 a 5000,00 reais	29	26,9
Acima de 5000,00 reais	11	10,1
Total	108	100,0
Recebimento de benefício financeiro		
Sim	98	90,7
Não	10	9,3
Total	108	100,0
Tipo de benefício financeiro recebido**		
Aposentadoria	54	44,9
Auxílio-doença	44	55,1
Total	98	100,0
Tipo de moradia		
Própria	74	68,5
Alugada	19	17,6
Emprestada	15	13,9
Total	108	100,0
Escolaridade		
Sem alfabetização	6	5,6
Ensino fundamental incompleto	44	40,7
Ensino fundamental completo	18	16,7
Ensino médio incompleto	5	4,6
Ensino médio completo	18	16,7
Ensino superior incompleto	3	2,8
Ensino superior completo	12	11,1
Pós-graduação	2	1,8
Total	108	100,0

Fonte: Da autora.

*Considerado o valor do salário mínimo nacional de 954,00 reais, vigente para o ano de 2018.

**Somente dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico que recebem benefício financeiro.

A renda familiar mensal com maior frequência entre os renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico foi de 1.001 a 2500 reais (correspondendo a

aproximadamente de 1 a 2,5 salários mínimos), o que demonstra um percentual de 35,2% (38) (média de 2824,13; mediana de 2000,00; desvio padrão de 2514,590; mínimo de 200 e máximo de 15000). Na variável de recebimento de benefício financeiro, 90,7% (98) recebem algum tipo de benefício. Desses que recebem, 44,9% (54) são aposentados. Relacionado ao tipo de moradia, houve maior número de pessoas que possuem casa própria, sendo que estes correspondem a 68,5% (74) do total da amostra. No que se refere à escolaridade, 40,7% (44) possuem ensino fundamental incompleto (Tabela 2).

Na Tabela 3 será apresentada a distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico com relação às variáveis “consumo de bebida alcoólica” e “uso de drogas ilícitas”.

Tabela 3 - Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “consumo de bebida alcoólica” e “uso de drogas ilícitas”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	f	%
Consumo de bebida alcoólica		
Não	101	93,5
Sim	7	6,5
Total	108	100,0
Frequência do consumo*		
<u>Usuário leve</u> : utilizou bebida alcoólica no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana	7	100,0
Uso de drogas ilícitas		
Não	108	100,0

Fonte: Da autora.

*Somente renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico que consumiam bebida alcoólica.

Ao avaliar o consumo de bebida alcoólica dos renais crônicos, constatou-se que a maioria não faz uso, o que representa 93,5% (101); e dos que fazem uso, 6,5% (7), todos (100,0%) são considerados usuários leves. No que diz respeito ao uso de drogas ilícitas, 100,0% (108) dos participantes não referem esse uso (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico conforme algumas variáveis de hábitos de vida: tabagismo, quantidade de cigarros/dia, ex-tabagismo, tempo de ex-tabagismo e tempo de cessação do tabagismo.

Tabela 4 - Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis "tabagismo", "quantidade de cigarros/dia", "ex-tabagismo", "tempo de ex-tabagismo" e "tempo de cessação de tabagismo". Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	f	%
Tabagismo		
Não	95	88,0
Sim	13	12,0
Total	108	100,0
Quantidade de cigarros/dia*		
Até 10	7	53,8
Acima de 10	6	46,2
Total	13	100,0
Ex-tabagimo**		
Não	60	63,2
Sim	35	36,8
Total	95	100,0
Tempo de ex-tabagismo***		
Até 20 anos	24	68,6
Acima de 20 anos	11	31,4
Total	35	100,0
Tempo de cessação do tabagismo***		
Até 20 anos	23	65,7
Acima de 20 anos	12	34,3
Total	35	100,0

Fonte: Da autora.

* Somente renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico que são tabagistas.

**Apenas renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico que responderam não ser tabagista.

*** Apenas renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico que afirmaram já ter fumado.

Ao analisar o uso de tabaco entre os renais crônicos, percebe-se que somente 12,0% (13) deles mencionaram ser tabagistas, e destes, 53,8% (7) fazem uso de até 10 cigarros por dia (média de 12,54; mediana de 10,00; desvio padrão de

7,090; mínimo de 2 e máximo de 20). Entre os entrevistados que afirmaram não ser tabagistas, 36,8% (35) relataram já ter fumado, sendo que a maioria destes, 68,6% (24), fumou por até 20 anos (média de 17,63; mediana de 20,00; desvio padrão de 10,852; mínimo de 1 e máximo de 40). Observou-se também que 65,7% (23) das pessoas que já fumaram, possuem tempo de ex-tabagista de até 20 anos (média de 18,71; mediana de 17,00; desvio padrão de 13,740; mínimo de 1 e máximo de 60), conforme se verifica na Tabela 4.

A Tabela 5 mostra a distribuição de renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com a variável “prática de atividade física”.

Tabela 5 - Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico em relação à variável “prática de atividade física”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Prática de atividade física	f	%
Não pratica	84	77,8
Pratica alguns dias da semana	14	13,0
Pratica raramente	3	2,8
Pratica diariamente	7	6,4
Total	108	100,0

Fonte: Da autora.

Ao avaliar a distribuição dos renais crônicos com relação à prática de atividade física, evidenciou-se que a maioria dos entrevistados não pratica nenhuma atividade, o que representa 77,8% (84); enquanto que 13,0% (14) pratica alguns dias da semana (Tabela 5).

A seguir, na Tabela 6, serão expostas algumas variáveis referentes à presença de outra doença crônica em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico.

Tabela 6 – Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “presença de outra doença crônica”, “quantidade de doenças crônicas” e “tipo de doença crônica”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	f	%
Presença de outra doença crônica		
Sim	108	100,0
Quantidade de doenças crônicas*		
Uma	45	41,7
Duas	48	44,4
Três	13	12,0
Quatro	2	1,9
Total	108	100,0
Tipo de doença crônica**		
HAS	97	89,8
DM	40	37,0
Doenças renais	18	16,7
Retinopatias	8	7,4
Arritmias	8	7,4
Doenças na tireóide	6	5,6
Doenças reumatológicas	4	3,7
Lúpus eritematoso	2	1,9
Hepatites B e C	2	1,9
Doenças circulatórias	1	0,9
Transtornos mentais	1	0,9
Anemia Falciforme	1	0,9

Fonte: Da autora.

*Somente renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico que possuíam outra doença crônica.

**Somente renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico que possuíam outra doença crônica. Houve mais de uma resposta por entrevistado.

HAS – Hipertensão Arterial Severa DM – Diabetes mellitus

De acordo com a Tabela 6, verificou-se que 100,0% (108) dos renais crônicos possuem outra doença crônica. Desses, notou-se que 44,4% (48) apresentam duas doenças (média de 1,74; mediana de 2,00; desvio padrão de 0,741; mínimo de 1 e máximo de 4). A doença de maior predominância entre os renais crônicos avaliados foi a HAS, representada por 89,9% (97).

A Tabela 7 apresenta variáveis referentes ao uso de medicamentos contínuo e/ou diário por renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico.

Tabela 7 - Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “uso de medicamentos contínuo e/ou diário”, “quantidade de medicamentos” e “grupo farmacológico”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	f	%
Uso de medicamentos contínuo e/ou diário		
Sim	108	100,0
Quantidade de medicamentos*		
Até 5	32	29,6
06 a 10	65	60,2
Acima de 10	11	10,2
Total	108	100,0
Grupo farmacológico**		
Suplemento vitamínico	90	83,3
Anti hipertensivo	89	82,4
Antiagregante plaquetário	51	47,2
Protetor gástrico	45	41,7
Vasodilatador periférico	33	30,6
Antidepressivo/Ansiolítico	31	28,7
Antianemico	31	28,7
Hipoglicemiantes	30	27,8
Anti- lipêmico	28	25,9
Antconvulsivante	7	6,5
Repositor hormonal	5	4,6
Corticoides	5	4,6
Uricosúrico	4	3,7
Relaxante muscular	3	2,8
Antiarritmico	3	2,8
Anticolinesterásicos	2	1,9
Imunossupressor	1	0,9
Antidopaminérgico	1	0,9

Fonte: Da autora.

*Somente renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico que faziam uso de medicamentos contínuos ou de uso diários.

**Somente renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico que faziam uso de medicamentos contínuos ou de uso diários. Houve mais de uma resposta por entrevistado.

Notou-se que 100,0% (108) dos renais crônicos entrevistados fazem uso de algum medicamento de uso contínuo ou diário. Desses, 60,2% (65) fazem uso de 06 a 10 medicamentos (média de 6,71; mediana de 7,00; desvio padrão de 2,829; mínimo de 1 e máximo de 13). De acordo com o grupo farmacológico, os suplementos vitamínicos tiveram maior percentual, 83,3% (90), seguidos dos anti-hipertensivos, obtiveram um total de 82,4% (89) (Tabela 7).

A seguir, na Tabela 8, serão apresentadas as variáveis referentes à doença e ao tratamento.

Tabela 8 – Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “tempo de diagnóstico de IRC”, “etiologia (causa) da IRC”, “tempo de tratamento em hemodiálise”, “número de sessões de hemodiálise” e “tipo de acesso para realização da hemodiálise”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	f	%
Tempo de diagnóstico de IRC		
Até 2 anos	37	34,3
03 a 04 anos	16	14,8
05 a 10 anos	30	27,8
Acima de 10 anos	25	23,1
Total	108	100,0
Etiologia (causa) da IRC		
HAS	85	78,7
Rins policístico	9	8,3
DM	8	7,4
Lupus eritematoso	2	1,9
Síndrome de Help	2	1,9
Síndrome de Alport	1	0,9
Glomerulonefrite	1	0,9
Total	108	100,0
Tempo de tratamento em hemodiálise		
Até 2 anos	50	46,3
03 a 04 anos	18	16,7
05 a 10 anos	28	25,9
Acima de 10 anos	12	11,1
Total	108	100,0
Número de sessões de hemodiálise		
Três	108	100,0
Tipo de acesso para realização da hemodiálise		
Fistula arteriovenosa	65	60,2
CVC/CDL	43	39,8
Total	108	100,0

Fonte: Da autora.

IRC – Insuficiência Renal Crônica

HAS – Hipertensão Arterial Severa

DM – Diabetes mellitus

CDL – Cateter de duplo lúmen

CVC – Cateter Venoso Central

Encontrou-se entre os entrevistados que o tempo de diagnóstico da IRC de maior frequência foi o de até 2 anos, representados por 34,3% (37) (média de 7,18; mediana de 5,00; desvio padrão de 7,402; mínimo de 0,1 e máximo de 38). Identificou-se como etiologia (causa) da IRC mais citada a HAS, representada por 78,7% (85). Além disso, com relação ao tempo de tratamento em hemodiálise, o período de até dois anos foi demonstrado com 46,3% (50) dos renais crônicos (média 4,43; mediana de 3,00; desvio padrão de 4,792; mínimo de 0,1 e máximo de 23). Todos os renais crônicos avaliados, 100,0% (108), realizam 3 sessões de hemodiálise. Ressalta-se que o tipo de acesso para a realização da hemodiálise mais frequente foi a fístula arteriovenosa, 60,2% (65) (Tabela 8).

A seguir, na Tabela 9, será demonstrada a distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico conforme variáveis relacionadas a eventos marcantes na vida.

Tabela 9 - Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “eventos marcantes na vida”, “quantidade de eventos marcantes na vida” e “tipo de eventos marcantes na vida”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	F	%
Eventos marcantes na vida		
Sim	64	59,3
Não	44	40,7
Total	108	100,0
Quantidade de eventos marcantes na vida*		
Um	64	100,0
Tipo de eventos marcantes na vida*		
Diagnóstico de doença na pessoa	30	46,9
Perda (morte) de pessoa querida	13	20,3
Diagnóstico de doença em pessoa querida	7	10,9
Nascimento de familiares	5	7,8
Realizações pessoais e de familiares	5	7,8
Problemas pessoais e de familiares	4	6,3
Total	64	100,0

Fonte: Da autora.

* Somente renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico que tiveram eventos marcantes na vida nos últimos 12 meses.

Ao analisar a variável “eventos marcantes na vida”, na tabela 9, verificou-se que do total de pessoas avaliadas, 59,3% (64) tiveram algum evento marcante nos últimos 12 meses. Destes, com relação à quantidade de eventos, a maioria relatou a ocorrência de apenas um acontecimento, representando 64,0% (100) dos participantes. Desses, o evento mais relatado foi o diagnóstico de doença na pessoa, com um percentual de 46,9% (30), seguido da perda (morte) de pessoa querida, com 20,3% (13).

6.2 AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DOS RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Nesta seção será apresentada a avaliação da ansiedade dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico, por meio das Tabelas 10 e 11. Essa seção foi elaborada para atender ao objetivo específico “b”, que é avaliar o nível de ansiedade dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico.

A Tabela 10 apresenta a distribuição dos renais crônicos conforme as respostas das perguntas da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (subescala de ansiedade).

Tabela 10- Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as respostas das perguntas da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (subescala de Ansiedade). Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Perguntas		Respostas	F	%
A (1)	Eu me sinto tenso ou contraído	(0) Nunca	17	15,7
		(1) De vez em quando	67	62,0
		(2) Boa parte do tempo	10	9,3
		(3) A maior parte do tempo	14	13,0
A (3)	Eu sinto uma espécie de medo, como se algum coisa ruim fosse acontecer	(0) Não sinto nada disso	44	40,7
		(1) Um pouco, mas isso não me preocupa	43	39,8
		(2) Sim, mas não tão forte	11	10,2
		(3) Sim, e de um jeito muito forte	10	9,3
A(5)	Estou com a cabeça cheia de preocupações	(0) Raramente	28	25,9
		(1) De vez em quando	48	44,4
		(2) Boa parte do tempo	16	14,8
		(3) A maior parte do tempo	16	14,9
A(7)	Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado	(0) Sim, quase sempre	38	35,2
		(1) Muitas vezes	23	21,3
		(2) Poucas vezes	42	38,9
		(3) Nunca	5	4,6
A(9)	Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago	(0) Nunca	39	36,1
		(1) De vez em quando	50	46,3
		(2) Muitas vezes	10	9,3
		(3) Quase sempre	9	8,3
A(11)	Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum	(0) Não me sinto assim	27	25,0
		(1) Um pouco	46	42,6
		(2) Bastante	23	21,3
		(3) Sim, demais	12	11,1
A(13)	De repente, tenho a sensação de entrar em pânico	(0) Não sinto isso	59	54,6
		(1) De vez em quando	37	34,3
		(2) Várias vezes	10	9,3
		(3) A quase todo momento	2	1,8

Fonte: Da autora.

Com relação às respostas das perguntas referente à ansiedade, constatou-se que, dos 7 itens da escala, o de número 13 (De repente, tenho a sensação de entrar em pânico) foi o que apresentou o maior percentual na resposta com escore 0

(54,6%), seguido do item de número 3 (Eu sinto uma espécie de medo, como se algum coisa ruim fosse acontecer) (40,7%), indicando uma menor somatória para a ansiedade. Já os itens que apresentaram maior percentual no escore 3, aumentando a somatória para a ansiedade foram: item 5 (Estou com a cabeça cheia de preocupações), com 14,9% e o item 1 (Eu me sinto tenso ou contraído), com 13,0% (Tabela 10).

A seguir, na Tabela 11, será apresentada a distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico conforme a classificação da ansiedade.

Tabela 11 - Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico conforme a classificação da ansiedade de acordo o ponto de corte. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Classificação da ansiedade	f	%
Sem ansiedade	80	74,1
Com ansiedade	28	25,9
Total	108	100,0

Fonte: Da autora.

Na análise da classificação da ansiedade, frente ao ponto de corte, notou-se que 74,1% (90) dos participantes foram classificados sem ansiedade, mas, destaca-se que 25,9% (28) foram classificados com ansiedade, conforme representado na Tabela 11. De acordo com a estatística descritiva dessa variável, baseando-se na somatória dos 7 itens da subescala, verificou-se uma média de 7,06, mediana de 6,00, desvio padrão de 4,431, mínimo de 0,1 e máximo de 20.

Cabe salientar que na avaliação da consistência interna da Escala de Ansiedade e Depressão (subescala de ansiedade), aplicou-se o coeficiente interno de *Alpha de Cronbach*, que obteve o valor de 0,829. Frente a isso, considerou-se a consistência interna do instrumento aceitável para os itens avaliados e correlacionados uns aos outros, o que aponta homogeneidade e confiabilidade do instrumento utilizado.

6.3 AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA DOS RENAIIS CRONICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALITICO

Nesta seção será apresentada a avaliação da autoestima dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico, por meio das Tabelas 12 e 13. Essa seção foi elaborada para atender ao objetivo específico “c”, que é avaliar o nível de autoestima dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico.

A Tabela 12 apresenta a distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico conforme as respostas das afirmativas da Escala de Autoestima.

Tabela 12 - Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as respostas das afirmativas da Escala de Autoestima. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Afirmativas		Respostas	F	%
1	No conjunto, eu estou satisfeito comigo	(1) Discordo totalmente	2	1,9
		(2) Discordo	19	17,6
		(3) Concordo	50	46,3
		(4) Concordo totalmente	37	34,2
2	Às vezes, eu acho que não presto para nada	(1) Concordo totalmente	6	5,6
		(2) Concordo	34	31,5
		(3) Discordo	26	24,1
		(4) Discordo totalmente	42	38,8
3	Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades	(1) Discordo totalmente	1	0,9
		(2) Discordo	10	9,3
		(3) Concordo	58	53,7
		(4) Concordo totalmente	39	36,1
4	Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas	(1) Discordo totalmente	4	3,7
		(2) Discordo	40	37,0
		(3) Concordo	33	30,6
		(4) Concordo totalmente	31	28,7
5	Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar	(1) Concordo totalmente	3	2,8
		(2) Concordo	23	21,3
		(3) Discordo	52	48,1
		(4) Discordo totalmente	30	27,8
6	Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes	(1) Concordo totalmente	4	3,7
		(2) Concordo	39	36,1
		(3) Discordo	26	24,1
		(4) Discordo totalmente	39	36,1
7	Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas	(1) Discordo totalmente	0	0,0
		(2) Discordo	12	11,1
		(3) Concordo	53	49,1
		(4) Concordo totalmente	43	39,8
8	Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo	(1) Concordo totalmente	5	4,6
		(2) Concordo	33	30,6
		(3) Discordo	51	47,2
		(4) Discordo totalmente	19	17,6
9	No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso	(1) Concordo totalmente	2	1,9
		(2) Concordo	21	19,4
		(3) Discordo	43	39,8
		(4) Discordo totalmente	42	38,9
10	Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo	(1) Discordo totalmente	2	1,9
		(2) Discordo	12	11,1
		(3) Concordo	47	43,5
		(4) Concordo totalmente	47	43,5

Fonte: Da autora.

A análise da distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico de acordo com as respostas às afirmativas da Escala de Autoestima, conforme apresentada na Tabela 12, foi realizada separadamente. Essa divisão foi feita segundo as respostas às afirmativas dos sentimentos positivos (afirmativas 1, 3, 4, 7 e 10) e das respostas dos sentimentos negativos (afirmativas 2, 5, 6, 8 e 9) dos participantes.

Desta forma, pode-se compreender que em relação aos sentimentos positivos, a maioria dos entrevistados concordou (escore 3) ou concordou totalmente (escore 4) com as afirmativas (1, 3, 7 e 10), apresentando percentuais acima de 80,0%. Sendo assim, foi possível perceber que os escores foram altos para essas questões, variando entre os escores três e quatro, que são os melhores da escala para as afirmativas, e com isso, elevando a classificação da autoestima. Cabe ressaltar que na afirmativa 4 (Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas) houve um percentual expressivo de pessoas que apresentaram escore 1 (discordo totalmente) e escore 2 (discorda), sendo este percentual, 40,7% (44) (Tabela 12).

Em relação às afirmativas relacionadas aos sentimentos negativos, percebe-se que grande parte dos participantes discordaram (escore 3) ou discordaram totalmente (escore 4) das afirmativas. Dessa maneira, foi possível observar que os escores também foram altos para essas afirmativas, variando entre três e quatro. Ressalta-se que a afirmativa 6 (Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes), apresentou um percentual relevante de renais crônicos que relataram o escore 1 (concordo totalmente) e o escore 2 (concorda), sendo estes considerados os escores mais baixos da escala, 39,8% (43). Torna-se importante enfatizar que das afirmativas dos sentimentos negativos, a afirmativa 9 (No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso) apresentou o maior percentual de respostas como discordo (escore 3) e discordo totalmente (escore 4), 78,7% (85) (Tabela 12).

A seguir, na Tabela 13, será apresentada a distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico conforme a classificação da autoestima.

Tabela 13 - Distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico conforme a classificação da autoestima de acordo os pontos de corte. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Classificação da Autoestima	f	%
Autoestima Alta	50	46,3
Autoestima Média	57	52,8
Autoestima Baixa	1	0,9
Total	108	100,0

Fonte: Da autora.

Ao avaliar a distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico conforme a classificação da autoestima, de acordo com os pontos de corte, foi possível verificar que 52,8% (57) dos entrevistados foram classificados com autoestima média. Cabe ressaltar que um percentual relevante dos participantes foi classificado com autoestima alta, representado por 46,3% (50) (Tabela 13). A estatística descritiva dessa variável, com base na somatória dos 10 afirmativas da escala, apresentou uma média de 30,63, mediana de 30,00, desvio padrão de 5,840, mínimo de 17 e máximo de 40.

Para a avaliação da consistência interna da Escala de Autoestima de Rosenberg, foi aplicado o coeficiente interno de *Alpha de Cronbach*, que obteve o valor de 0,901. Diante disso, considerou-se a consistência interna do instrumento aceitável para os itens avaliados e correlacionados uns aos outros, apresentando homogeneidade, o que apontou para a confiabilidade do instrumento para este estudo.

6.4 ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE EM RENAI CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Nesta seção será explicitada a análise univariada dos fatores associados à ansiedade em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico, com o intuito de responder ao objetivo específico “d”. Esse objetivo tem a finalidade de verificar se existe associação entre o nível de ansiedade e as variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, crença religiosa, número de filhos, renda familiar mensal, recebimento de benefício financeiro, tipo de moradia, escolaridade, consumo de bebida alcoólica,

tabagismo, prática de atividade física, tempo de diagnóstico de insuficiência renal crônica, etiologia (causa) da insuficiência renal crônica, tempo de tratamento em hemodiálise, tipo de acesso para a realização de hemodiálise e eventos marcantes na vida. Com isso, para a apresentação dos resultados, foram elaboradas as Tabelas numeradas de 14 a 18.

A análise univariada dos fatores associados à ansiedade de acordo com as variáveis sexo, faixa etária, estado civil, crença religiosa e número de filhos, será apresentada na Tabela 14.

Tabela 14 - Análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis “sexo”, “faixa etária”, “estado civil” “crença religiosa” e “número de filhos”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	Sem ansiedade	Com ansiedade	Valor-p*	OR	IC 95%
Sexo					
Masculino	41 (75,9%)	13 (24,1%)	0,661	1,213	0,512-2,874
Feminino	39 (72,2%)	15 (27,8%)		1,000	
Faixa etária					
Até 59 anos	37 (72,5%)	14 (27,5%)	0,732	1,162	0,491-2,750
Acima de 59 anos	43 (75,4%)	14 (24,6%)		1,000	
Estado civil					
Com companheiro	44 (77,2%)	13 (22,8%)	0,434	1,000	0,595-3,344
Sem companheiro	36 (70,6%)	15 (29,4%)		1,410	
Crença religiosa					
Católica	54 (74,0%)	19 (26,0%)	0,972	1,000	0,392-2,471
Outras	26 (74,3%)	9 (25,7%)		0,984	
Número de filhos					
Com filhos	64 (74,4%)	22 (25,6%)	0,872	0,917	0,319-2,635
Sem filhos	16 (72,7%)	6 (27,3%)		1,000	

Fonte: Da autora.

*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

OR=Odds ratio (razão de chances)

Na análise das associações apresentadas na Tabela 14, constatou-se que nenhuma variável (sexo, faixa etária, estado civil, crença religiosa e número de filhos) possui associação significativa com a ansiedade ($P > 0,05$).

Adiante, será exposta na Tabela 15, a análise univariada dos fatores associados à ansiedade de acordo com as variáveis renda familiar mensal, recebimento de benefício financeiro, tipo de moradia e escolaridade.

Tabela 15 - Análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis “renda familiar mensal”, “recebimento de benefício financeiro” “tipo de moradia” e “escolaridade”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	Sem ansiedade	Com ansiedade	Valor-p	OR	IC 95%
Renda familiar mensal					
Até 2500 reais	51 (75,0%)	17 (25,0%)	0,775*	0,879	0,363-2,129
Acima de 2500 reais	29 (72,5%)	11 (27,5%)			
Recebimento de benefício financeiro					
Sim	72 (73,5%)	26 (26,5%)	1,000**	1,000	0,138-3,474
Não	8 (80,0%)	2 (25,9%)			
Tipo de moradia					
Própria	55 (74,3%)	19 (25,7%)	0,930*	1,000	0,414-2,624
Outras	25 (73,5%)	9 (26,5%)			
Escolaridade					
Até ensino fundamental	49 (72,1%)	19 (27,9%)	0,533*	1,336	0,537-3,324
Ensino médio e superior	31 (77,5%)	9 (22,5%)			

Fonte: Da autora.

*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

** Aplicação do teste Exato de Fisher

OR=Odds ratio (razão de chances)

Na análise realizada, conforme representada na Tabela 15, verificou-se que nenhuma variável (renda familiar mensal, recebimento de benefício financeiro, tipo

de moradia e escolaridade) possui associação significativa com a ansiedade ($P>0,05$).

A seguir, será explicitada a análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis da Tabela 16, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, prática de atividade física e tempo de diagnóstico de IRC.

Tabela 16 - Análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis “consumo de bebida alcoólica”, “tabagismo”, “prática de atividade física” e “tempo de diagnóstico de IRC”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	Sem ansiedade	Com ansiedade	Valor-p	OR	IC 95%
Consumo de bebida alcoólica					
Não	76 (75,2%)	25 (24,8%)	0,372**	1,000	0,477-10,890
Sim	4 (57,1%)	3 (42,9%)		2,280	
Tabagismo					
Não	71 (74,7%)	24 (25,3%)	0,738**	1,000	0,371- 4,661
Sim	9 (69,2%)	4 (30,8%)		1,315	
Prática de atividade física					
Não	62 (73,8%)	22 (26,2%)	0,907*	1,065	0,375-3,024
Sim	18 (75,0%)	6 (25,0%)		1,000	
Tempo de diagnóstico de IRC					
Até 4 anos	36 (67,9%)	17 (32,1%)	0,152*	1,886	0,786- 4,540
Acima de 4 anos	44 (80,0%)	11 (20,0%)		1,000	

Fonte: Da autora.

*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

** Aplicação do teste Exato de Fisher

OR=*Odds ratio* (razão de chances)

Ao avaliar a tabela 16, notou-se que nenhuma variável (consumo de bebida alcoólica, tabagismo, prática de atividade física e tempo de diagnóstico de IRC) apresenta associação significativa com a ansiedade ($P>0,05$).

A análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis etiologia (causa) da IRC, tempo de tratamento em hemodiálise, tipo de acesso para realização da hemodiálise e eventos marcantes na vida será demonstrada na Tabela 17.

Tabela 17 - Análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis “etiologia (causa) da IRC”, “tempo de tratamento em hemodiálise”, “tipo de acesso para realização de hemodiálise”, e “eventos marcantes na vida”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	Sem ansiedade	Com ansiedade	Valor-p*	OR	IC 95%
Etiologia (causa) da IRC					
HAS	63 (74,1%)	22 (25,9%)	0,984	0,989	0,346-2,826
Outras	17 (73,9%)	6 (26,1%)		1,000	
Tempo de tratamento em hemodiálise					
Até 4 anos	46 (67,6%)	22 (32,4%)	0,047	2,710	0,991-7,409
Acima de 4 anos	34 (85,0%)	6 (15,0%)		1,000	
Tipo de acesso para realização de hemodiálise					
Fístula arteriovenosa	51 (78,5%)	14 (21,5%)	0,201	1,000	0,737-4,197
CVC/CDL	29 (67,4%)	14 (32,6%)		1,759	
Eventos marcantes na vida					
Sim	43 (67,2%)	21 (32,8%)	0,049	2,581	0,987-6,753
Não	37 (84,1%)	7 (15,9%)		1,000	

Fonte: Da autora.

*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson

OR=*Odds ratio* (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

IRC – Insuficiência Renal Crônica

HAS – Hipertensão Arterial Severa

CDL – Cateter de duplo lúmen

CVC – Cateter Venoso Central

Na análise da tabela 17, constatou-se que a variável “tempo de tratamento em hemodiálise” apresentou associação significativa com a ansiedade ($p=0,047$), ou seja, os renais crônicos com até 4 anos de tempo de tratamento em hemodiálise

tiveram quase 3 vezes mais chances de apresentar ansiedade. Além disso a variável “eventos marcantes na vida” mostrou associação significativa com ansiedade ($p=0,049$), em que os renais crônicos com presença desses eventos tiveram 2,5 mais chances de apresentar ansiedade.

As demais variáveis (etiologia (causa) da IRC e tipo de acesso para realização da hemodiálise), não exibiram associação significativa com a ansiedade ($P>0,05$) (Tabela 17).

A seguir, será apresentada na Tabela 18 a avaliação dos parâmetros do modelo de regressão logística das variáveis independentes com a ansiedade.

Tabela 18 – Avaliação dos parâmetros do modelo de regressão logística das variáveis independentes com a ansiedade. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	Parâmetro	Erro-padrão	OR	Valor-p
Renda familiar mensal	1,408	0,476	4,086	0,003
Tipo de acesso para realização de hemodiálise	0,971	0,489	2,639	0,047

Fonte: Da autora.

OR=*Odds ratio* (razão de chances)

Após análise dos parâmetros de todas as variáveis independentes com a ansiedade, pelo modelo de regressão logística, constatou-se que somente as variáveis “renda familiar mensal” e “tipo de acesso para a realização de hemodiálise” apresentaram significância estatística, respectivamente, $p=0,003$ e $p=0,047$, resultando em um modelo final ajustado (Tabela 18).

Dessa forma, o modelo constatou que os renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico com renda familiar mensal de até 2500 reais tiveram aproximadamente quatro vezes mais chances de apresentar ansiedade. Além disso, os participantes que tinham cateter venoso central ou cateter de duplo lúmen apresentaram quase três vezes mais chances de ter ansiedade do que os que tinham fístula arteriovenosa (Tabela 18).

6.5 ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS À AUTOESTIMA EM RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Nesta seção será explicitada a análise univariada dos fatores associados à autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico, com o intuito de responder ao objetivo específico “e”. Esse objetivo tem a finalidade de verificar se existe associação entre o nível de autoestima e as variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, crença religiosa, número de filhos, renda familiar mensal, recebimento de benefício financeiro, tipo de moradia, escolaridade, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, prática de atividade física, tempo de diagnóstico de insuficiência renal crônica, etiologia (causa) da insuficiência renal crônica, tempo de tratamento em hemodiálise, tipo de acesso para realização de hemodiálise e eventos marcantes na vida. Com isso, para a apresentação dos resultados, foram elaboradas as Tabelas numeradas de 19 a 23.

A análise univariada dos fatores associados à autoestima de acordo com as variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, crença religiosa e número de filhos, será apresentada na Tabela 19.

Tabela 19 - Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “sexo”, “faixa etária”, “estado civil” “crença religiosa” e “número de filhos”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	Autoestima alta	Autoestima média/baixa	Valor-p*	OR	IC 95%
Sexo					
Masculino	28 (51,9%)	26 (48,1%)	0,247	1,000	0,732-3,354
Feminino	22 (40,7%)	32 (59,3%)		1,566	
Faixa etária					
Até 59 anos	22 (43,1%)	29 (56,9%)	0,533	1,273	0,596-2,720
Acima de 59 anos	28 (49,1%)	29 (50,9%)		1,000	
Estado civil					
Com companheiro	28 (49,1%)	29 (50,9%)	0,533	1,000	0,596-2,720
Sem companheiro	22 (43,1%)	29 (56,9%)		1,273	
Crença religiosa					
Católica	36 (49,3%)	37 (50,7%)	0,364	1,000	0,645-3,304
Outras	14 (40,0%)	21 (60,0%)		1,459	
Número de filhos					
Com filhos	39 (45,3%)	47 (54,7%)	0,696	1,205	0,472-3,077
Sem filhos	11 (50,0%)	11 (50,0%)		1,000	

Fonte: Da autora.

*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

OR=Odds ratio (razão de chances)

De acordo com o que foi evidenciado na tabela 19, nenhuma variável (sexo, faixa etária, estado civil, crença religiosa e número de filhos) apresentou associação significativa com a autoestima ($P > 0,05$).

Adiante, será exposta na Tabela 20, a análise univariada dos fatores associados à autoestima de acordo com as variáveis: renda familiar mensal, recebimento de benefício financeiro, tipo de moradia e escolaridade.

Tabela 20 - Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “renda familiar mensal”, “recebimento de benefício financeiro” “tipo de moradia” e “escolaridade”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	Autoestima alta	Autoestima média/baixa	Valor-p	OR	IC 95%
Renda familiar mensal					
Até 2500 reais	23 (33,8%)	45 (66,2%)	0,001*	4,064	1,771-9,326
Acima de 2500 reais	27 (67,5%)	13 (32,5%)		1,000	
Recebimento de benefício financeiro					
Sim	43 (43,9%)	55 (56,1%)	0,182**	1,000	0,082-1,373
Não	7 (70,0%)	3 (30,0%)		0,335	
Tipo de moradia					
Própria	37 (50,0%)	37 (50,0%)	0,255*	1,000	0,706-3,698
Outras	13 (38,2%)	21 (61,8%)		1,615	
Escolaridade					
Até ensino fundamental	27(39,7%)	41 (60,3%)	0,073*	2,054	0,930-4,541
Ensino médio e superior	23 (57,5%)	17 (42,5%)		1,000	

Fonte: Da autora

*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

** Aplicação do teste Exato de Fisher

OR=*Odds ratio* (razão de chances)

Na análise da Tabela 20, notou-se que a variável “renda familiar mensal” mostrou associação significativa com a autoestima ($p=0,001$), ou seja, os renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico com renda de até 2500,00 reais tiveram quatro vezes mais chances de apresentar autoestima média/baixa.

As demais variáveis (recebimento de benefício financeiro, tipo de moradia e escolaridade) não exibiram associação significativa com autoestima ($P>0,05$). (Tabela 20).

A seguir, será explicitada a análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis da Tabela 21: consumo de bebida alcoólica, tabagismo, prática de atividade física e tempo de diagnóstico da IRC.

Tabela 21 - Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “consumo de bebida alcoólica”, “tabagismo”, “prática de atividade física” e “tempo de diagnóstico da IRC”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	Autoestima alta	Autoestima média/baixa	Valor-p	OR	IC 95%
Consumo de bebida alcoólica					
Não	47 (46,5%)	54 (53,5%)	1,000**	1,000	0,247-5,452
Sim	3 (42,9%)	4 (57,1%)		1,160	
Tabagismo					
Não	42 (44,2%)	53 (55,8%)	0,240*	1,000	0,151-1,626
Sim	8 (61,5%)	5 (38,5%)		0,495	
Prática de atividade física					
Não	38 (45,2%)	46 (54,8%)	0,680*	1,211	0,488-3,002
Sim	12 (50,0%)	12 (50,0%)		1,000	
Tempo de diagnóstico de IRC					
Até 4 anos	26 (49,1%)	27 (50,9%)	0,572*	0,804	0,377-1,715
Acima de 4 anos	24 (43,6%)	31 (56,4%)		1,000	

Fonte: Da autora.

*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

** Aplicação do teste Exato de Fisher

OR=*Odds ratio* (razão de chances)

Conforme representado na Tabela 21, constatou-se que nenhuma variável (consumo de bebida alcoólica, tabagismo, prática de atividade física e tempo de diagnóstico de IRC) apresentou associação significativa com a autoestima ($P > 0,05$).

A análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis: etiologia (causa) da IRC, tempo de tratamento em hemodiálise, tipo de

acesso para realização da hemodiálise e eventos marcantes na vida será demonstrada na Tabela 22.

Tabela 22 - Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “etiologia (causa) da IRC”, “tempo de tratamento em hemodiálise”, “tipo de acesso para realização de hemodiálise” e “eventos marcantes na vida”. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	Autoestima alta	Autoestima média/baixa	Valor-p *	OR	IC 95%
Etiologia (causa) da IRC					
HAS	37 (43,5%)	48 (56,5%)	0,268	1,686	0,666-4,271
Outras	13 (56,5%)	10 (43,5%)		1,000	
Tempo de tratamento em hemodiálise					
Até 4 anos	32 (47,1%)	36 (52,9%)	0,836	0,920	0,420-2,016
Acima de 4 anos	18 (45,0%)	22 (55,0%)		1,000	
Tipo de acesso para realização de hemodiálise					
Fístula arteriovenosa	34 (52,3%)	31 (47,7%)	0,123	1,000	0,843-4,066
CVC/CDL	16 (37,2%)	27 (62,8%)		1,851	
Eventos marcantes na vida					
Sim	33 (51,6%)	31 (48,4%)	0,186	0,591	0,271-1,290
Não	17 (38,6%)	27 (61,4%)		1,000	

Fonte: Da autora.

*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson

OR= *Odds ratio* (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

IRC – Insuficiência Renal Crônica

HAS – Hipertensão Arterial Severa

CDL – Cateter de duplo lúmen

CVC – Cateter Venoso Central

Ao avaliar a Tabela 21, percebeu-se que nenhuma variável (etiologia (causa) da IRC, tempo de tratamento em hemodiálise, tipo de acesso para realização de hemodiálise e eventos marcantes na vida) apresentou associação significativa com a autoestima ($P > 0,05$).

A seguir, será apresentada na Tabela 23 a avaliação dos parâmetros do modelo de regressão logística das variáveis independentes com a autoestima.

Tabela 23 – Avaliação dos parâmetros do modelo de regressão logística das variáveis independentes com a autoestima. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	Parâmetro	Erro-padrão	OR	Valor-p
Tempo de tratamento em hemodiálise	1,212	0,551	3,360	0,028

Fonte: Da autora.

OR=*Odds ratio* (razão de chances)

Após a análise dos parâmetros de todas as variáveis independentes com a autoestima, pelo modelo de regressão logística, verificou-se que somente a variável “tempo de tratamento em hemodiálise” apresentou significância estatística ($p=0,028$), resultando em um modelo final ajustado (Tabela 23).

Por conseguinte, o modelo final constatou que os renais crônicos com tempo de tratamento em hemodiálise de até 4 anos apresentaram três vezes mais chances de possuir autoestima média/baixa (Tabela 23).

6.6 ANÁLISE UNIVARIADA DA ANSIEDADE COM AUTOESTIMA DOS RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Nesta seção, será apresentada a análise univariada da ansiedade com a autoestima dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico, para responder ao objetivo específico “f”. Assim, verificou-se se existe associação entre ansiedade com a autoestima dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico.

Na Tabela 24 relata-se a análise da associação da ansiedade com a autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico.

Tabela 24 – Análise univariada da associação da variável ansiedade com a variável autoestima dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico. Poços de Caldas, MG, 2018. (n=108)

Variáveis	Autoestima alta	Autoestima média/baixa	Valor-p*	OR	IC 95%
Ansiedade					
Não	45 (56,2%)	35 (43,8%)	0,000	1,000	2,042-17,126
Sim	5 (17,9%)	23 (82,1%)		5,914	

Fonte: Da autora.

*Aplicação do Teste Qui-Quadrado de Person OR=Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

Na análise da Tabela 24, notou-se que a variável “ansiedade” mostrou associação significativa com a autoestima ($p=0,000$), ou seja, os renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico com ansiedade tiveram quase seis vezes mais chances de apresentar autoestima média/baixa.

7 DISCUSSÃO

Neste capítulo serão discutidos os resultados do presente estudo. Para melhor compreensão, organizou-se em seis seções. Na primeira seção, discute-se a análise descritiva das variáveis estudadas. Na segunda, é realizada a discussão da avaliação da ansiedade em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico. Na terceira, mostra-se a discussão da avaliação da autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico. Na sequência, na quarta seção, é apresentada a discussão da análise univariada dos fatores associados à ansiedade em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico. Na quinta seção, discute-se a análise univariada dos fatores associados à autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico. Por fim, na sexta seção, apresenta-se a discussão da análise univariada da ansiedade com a autoestima dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico.

7.1 ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS

Neste estudo, observou-se que a amostra foi constituída igualmente por indivíduos do sexo masculino e feminino, com maior frequência na faixa etária acima de 59 anos, casados(as) ou com companheiro(a), católicos(as), com filhos (até dois filhos), com renda familiar mensal de R\$ 1001 a 2500 (aproximadamente de 1 a 2,5 salários mínimos).

Em uma pesquisa realizada com renais crônicos em tratamento hemodialítico em uma Unidade Nefrológica do Noroeste do Rio Grande do Sul, em que o objetivo foi avaliar a intensidade da dor em 88 participantes entrevistados, constatou-se que 57,5% deles eram do sexo masculino. Quanto à faixa etária dos participantes, 49,4% apresentavam idade acima de 60 anos (MARQUES et al., 2016).

Em outra investigação realizada no Hospital de Base de São José do Rio Preto em São Paulo, com o objetivo de avaliar a dor óssea e a sua influência na qualidade de vida de pacientes com IRC em tratamento hemodialítico, constatou-se que 52,0% eram homens. No que diz respeito à faixa etária ocorreu um predomínio entre 40 a 60 anos (VIDES; MARTINS, 2017). Essas informações estão em

discordância com o presente estudo em que verificou a faixa etária acima de 59 anos de idade.

O inquérito anual de diálise crônica tornou-se tradicional entre os centros renais brasileiros nos últimos 15 anos. Em 2017, o último inquérito publicado, 38,0% dos centros aderiam a esse levantamento, sendo possível verificar que 58,0% dos pacientes atendidos nesses centros eram do sexo masculino e com a faixa etária entre 45 a 64 anos de idade (THOME et al., 2019).

Em um estudo realizado em uma Unidade de diálise do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com 28 renais crônicos em tratamento hemodialítico, o sexo predominante foi o feminino com 39,3%, caracterizando o fenômeno denominado feminização da velhice. Esses dados diferenciando com os resultados apresentados nas investigações citadas anteriormente (DEBONE et al., 2017).

Entretanto, esse não é um perfil comum entre os pacientes com IRC, nos quais há maior prevalência do sexo masculino. Contudo, não há justificativas científicas que possam constatar se há diferenças de sexo relacionadas as doenças crônicas não transmissíveis ou até mesmo em relação a IRC em específico (DEBONE et al., 2017). Essas informações estão em divergência com o presente estudo que apresentou igualdade entre os sexos masculino e feminino.

Cabe destacar que há décadas a taxa de filtração glomerular diminui em paralelo à idade. Aumentos relativos à prevalência de IRCs com a idade é igualmente relevante para as populações nos EUA, Canadá e Europa, embora existam diferenças entre países na prevalência absoluta (TONELLI; RIELLA, 2014).

Ainda que isso possa sugerir que se espera que muitos idosos com IRC possam ter taxas mais baixas de perda da função renal, os dados disponíveis são inconcludentes e o conhecimento atual não permite aos médicos distinguir de forma correta entre aqueles cuja doença vai progredir e aqueles em quem isso não acontecerá. Quanto a outros grupos etários, a incidência de IRC dependentes de diálise tem aumentado de forma constante entre os idosos ao longo das últimas décadas. Frente a esses dados, é possível notar que com o envelhecimento da população, provavelmente, irá conduzir a um aumento contínuo no número de pessoas idosas com doença renal crônica grave (TONELLI; RIELLA, 2014).

Em relação ao estado civil, os resultados deste estudo estão em consonância com a investigação realizada em uma Unidade de Hemodiálise no Nordeste do Brasil, com o objetivo de conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas por 30 renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico frente às dificuldades inerentes à doença. Constatou-se que 56,0% eram casados(as) ou viviam com companheiro (a) (SILVA et al., 2016).

No entanto, isso diverge dos dados da pesquisa realizada com 114 pacientes de um hospital público e em uma clínica privada de hemodiálise conveniada ao Sistema Único de Saúde, com o objetivo de mensurar a qualidade de vida de indivíduos com IRC, em que foi verificado que 55,0% referiram não viver conjugalmente com alguma companhia (JESUS et al., 2019).

Adicionalmente, uma outra pesquisa realizada no Rio de Janeiro com o objetivo de identificar as características individuais e clínicas de pessoas com IRC em hemodiálise, constatou-se que das 48 pessoas entrevistadas, 58,3% encontravam-se solteiros e/ou sem companheiro fixo (XAVIER et al., 2014). Esses achados também assemelham-se os resultados apresentados com o estudo citado anteriormente.

Cabe destacar que, geralmente, um sólido suporte familiar associado a um relacionamento saudável com companheiro(a) e/ou amigos, favorece o enfrentamento da doença e de seu tratamento, minimizando perdas e frustrações impostas pela nova rotina e da convivência com a IRC e em TRS, principalmente a hemodiálise (XAVIER et al., 2014).

Na crença religiosa, o perfil brasileiro no ano de 1872 era quase na sua totalidade católico com 99,7%, característica herdada do processo histórico de colonização do país. Entretanto, nos dados do Censo Demográfico de 2010, o último divulgado, uma vez que existe uma previsão de realização de novo censo apenas em 2020, apresentou um declínio dessa tendência, em que os evangélicos somavam 5,2% e as demais religiões, com exceção da católica, 2,3% do total (IBGE, 2012).

Em um estudo realizado com o objetivo de analisar a relação entre a esperança e a espiritualidade de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, constatou-se que dos 127 entrevistados, 70,7% são da religião

católica, sendo esse achado semelhante ao da presente investigação (OTTAVIANI et al., 2014).

Cabe mencionar que a religiosidade e a espiritualidade são termos intimamente ligados, têm um significado importante nas diversas áreas da vida do indivíduo, auxiliando-as frente aos diferentes eventos negativos da vida cotidiana, principalmente daqueles que vivenciam o adoecimento (RAHNAMA et al., 2015).

No que se refere ao número de filhos, de acordo com as informações da revisão 2018 da Projeção de População do IBGE, a taxa de fecundidade total neste ano foi de 1,7 filhos por mulher, sendo que o número médio de filhos deverá reduzir para 1,66 no ano de 2060. Com isso, percebe-se que o panorama brasileiro vem se modificando nos últimos anos, com o declínio da taxa de fecundidade. Em menos de 30 anos, a população do Brasil deve estagnar em 233,2 milhões de pessoas (IBGE, 2018).

Essa taxa de fecundidade pode estar relacionada a alguns fatores que foram identificados na literatura, e que permeiam a temática do projeto de ter ou não filhos, como: o processo de escolha entre ter ou não filhos, a transição para a parentalidade como projeto conjugal, o momento certo para se ter um filho, e os conflitos que permeiam o processo de escolha (BIFFI; GRANATO, 2017).

Relativamente à renda familiar mensal, em um estudo desenvolvido com 60 renais crônicos e com o objetivo de identificar os fatores sociodemográficos e clínicos associados à fragilidade de idosos com IRC em hemodiálise, no interior de São Paulo, verificou-se que a maioria recebia 2,5 salários mínimos (GESUALDO et al., 2016).

Adicionalmente, em uma investigação realizada com 48 participantes, 67,0% deles, apresentavam a renda familiar mensal de um a dois salários mínimos (XAVIER et al., 2014).

Em uma outra pesquisa realizada com 217 pessoas atendidas na Unidade de Nefrologia de Macapá, com o objetivo de retratar o perfil sociodemográfico e clínico dos renais crônicos em hemodiálise e os custos do tratamento dialítico no Estado do Amapá, constatou-se que a maioria dos pacientes possuía renda familiar mensal correspondente a um salário mínimo: 62,7%, destacando-se que 50,7% dos participantes recebiam benefício assistencial (MELLO et al., 2017).

De acordo com os dados de um estudo realizado em um Centro de tratamento hemodialítico da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, com o objetivo de descrever o perfil sociodemográfico de 198 pacientes atendidos no local, foi possível perceber que a maioria dos indivíduos se mantêm com média de apenas 1 a 2 salários mínimos (66,9%) (FREITAS; BASSOLI; VANELLI, 2013). Essas informações apresentadas por estes estudos anteriores estão em consonância com o presente estudo que constatou a renda familiar mensal de 1 a 2,5 salários mínimos e que recebiam benefício financeiro de auxílio doença.

Com relação ao tipo de moradia, nos dados encontrados na presente investigação, em que 68,5% dos entrevistados possuem casa própria, estão em conformidade com os dados brasileiros, em que a maioria da população (74,8%) possui habitação própria; e destes 69,9% está quitada e 4,9% em aquisição (IBGE, 2015).

No que diz respeito à escolaridade, um estudo realizado com 73 portadores de IRC em tratamento hemodialítico e com o objetivo de analisar o perfil epidemiológico desses pacientes atendidos em serviço de uma macrorregião de saúde, constatou-se que 40,0% dos entrevistados possuíam educação básica (SANTOS et al., 2018).

Também em uma pesquisa realizada na capital do Nordeste do Brasil, com o objetivo de identificar fatores que interferem na adesão ao tratamento hemodialítico na percepção dos pacientes renais crônicos, encontrou-se que dos 25 participantes, 40,0% possuíam ensino fundamental incompleto e 29,0% eram analfabetos (MACIEL et al., 2015). Esses achados apresentados nessas duas pesquisas corroboram os dados da presente investigação em que a escolaridade predominante nos renais crônicos avaliados foi o ensino fundamental incompleto.

Marques et al. (2016) vem evidenciar que as pessoas que vivenciam um adoecimento costumam frequentar poucos anos de escola. Nesse sentido, infere-se que a baixa escolaridade é um fator que favorece à vulnerabilidade social e pode comprometer os cuidados relacionados à saúde e a adesão do paciente à terapêutica instituída para o tratamento das doenças.

Referentemente ao nível socioeconômico e de escolaridade, há contribuição desses dois fatores para o desenvolvimento da IRC, enfatizando-se que as classes

sociais mais favorecidas financeiramente procuram mais por serviços de prevenção e exames de rotina, ao passo que, nas classes de piores rendimentos, há uma maior representatividade por busca de serviços de saúde por motivo de doença. A pobreza aumenta o risco de doenças que predispõem ao desenvolvimento da IRC e piora os resultados em pessoas que já têm essa doença. Frente a isso, as condições como o analfabetismo dificultam a compreensão dos pacientes quanto às orientações e à adesão aos cuidados pertinentes ao tratamento (SANTOS et al., 2018).

No que se refere ao uso de bebidas alcoólicas, em uma pesquisa realizada com 511 adultos atendidos em uma Estratégia da Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste e Goiânia, constatou-se que 32,3% das pessoas entrevistadas faziam consumo de bebida alcoólica (PEREIRA et al., 2016).

Em uma outra investigação realizada em um serviço de nefrologia em Viçosa com o objetivo de analisar as características epidemiológicas e clínicas dos indivíduos com IRC em HD, verificou-se que dos 65 entrevistados, 14,8% relataram o consumo de bebida alcoólica (SILVA et al., 2013).

Adicionalmente, em uma pesquisa realizada com a finalidade de analisar o estilo de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise, constatou-se que dos 32 entrevistados, 93,8% afirmaram que não consumiam bebida alcoólica (KIRCHNER et al., 2011).

Já na investigação que teve como objetivo descrever a prevalência do consumo abusivo de álcool na população brasileira, segundo características sociodemográficas e de saúde, em 2013, constatou-se que, houve diminuição do consumo com o aumento da idade. Prevalências maiores foram observadas entre adultos jovens em comparação com aqueles de idade mais elevada: entre 18 a 29 anos (18,8%), 30 a 39 anos (17,8%), 40 a 49 anos (13,7%), 50 a 59 anos (10,3%), 60 a 69 anos (5,9%) e 70 anos ou mais (1,4%) (GARCIA; FREITAS, 2015). As informações das duas últimas investigações apresentadas estão em consonância com a presente pesquisa, em que apenas 6,5% dos entrevistados consumiam bebida alcoólica.

Cabe destacar que o álcool é a substância mais utilizada entre as pessoas das mais diferentes culturas, cuja contribuição para morbidade e mortalidade é alta. Estima-se que 3,8% das mortes e 4,6% dos anos de vida perdidos por incapacidade,

sejam em decorrência do consumo de bebidas alcoólicas (DSM-5 – MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2014).

As doenças como câncer, cirrose e desordens mentais e comportamentais são frequentemente associadas ao uso do álcool. Entretanto, uma proporção importante da carga de doença atribuível ao álcool decorre de lesões não intencionais e intencionais, incluindo aquelas devidas a acidentes de trânsito, violências e suicídios. Recentemente, o álcool também tem sido incluído na causalidade de doenças transmissíveis, como tuberculose e HIV/ aids (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No que se refere ao uso de drogas ilícitas, uma investigação realizada com 403 agentes penitenciários com o objetivo investigar os padrões de uso de álcool e de outras drogas em um Estado do Nordeste brasileiro, observou um consumo abusivo/dependente em álcool, *Cannabis*, cocaína, anfetaminas, inalantes e hipnóticos (DIMENSTEIN et al., 2017).

Em uma outra pesquisa de revisão realizada com o objetivo de analisar o tabagismo como fator de risco para a progressão da IRC, dos doze artigos selecionados, onze apresentaram progressão associada ao tabagismo, em que se identificou que o consumo de tabaco ≥ 15 maços/ano aumenta o risco de progressão da IRC. Cabe destacar que independentemente do mecanismo da lesão renal, as evidências científicas baseadas em estudos observacionais conduzem à afirmação de que pacientes com esta condição crônica com qualquer comorbidade tendem a declinar mais rápido suas taxas de filtração glomerular quando fazem uso do tabaco, o que aumenta o risco de morte (ELIHIMAS JÚNIOR et al., 2014).

De acordo com resultados apresentados por Silva et al., (2013), verificaram que a maioria dos entrevistados eram fumantes e ex-fumantes, com tempo médio de tabagismo de 31,5 anos, variando de dois a 69 anos.

Diante desses dados quanto à progressão, à mortalidade, à dose-efeito e o declínio da função renal, não há dúvidas quanto à necessidade de se combater o hábito de fumar na população geral e, principalmente, em pessoas em condições crônicas. A principal ferramenta disponível ainda é uma combinação entre o tratamento com uma equipe multidisciplinar, incluindo-se o enfermeiro, associado ao tratamento medicamentoso. Cabe destacar que na visão desses autores, os

médicos nefrologistas, devem mudar o paradigma diante do tabagismo. O hábito de fumar precisa ser encarado como um problema de saúde pública, uma vez que o tratamento do tabagismo não é responsabilidade apenas do psiquiatra ou do pneumologista. Com isso, é preciso interferir nesse elemento modificável da progressão da IRC (ELIHIMAS JÚNIOR et al., 2014).

Cabe salientar que as substâncias álcool e tabaco não são consideradas drogas pelo senso comum, devido ao seu caráter lícito. Além disso, a inserção das bebidas alcoólicas juntamente com os derivados do tabaco na sociedade brasileira, se dá pelo fato de essas substâncias terem a comercialização legalmente permitida para pessoas com idade igual ou superior 18 anos, bem como aceitas em âmbito cultural e social pela população. Essa aceitação relaciona-se ao fato de o consumo de bebidas alcoólicas normalmente fazer parte das festividades sociais e da rotatividade na economia (COSTA et al., 2013; ROCHA; DAVID, 2015). Mas nesse contexto, é importante que os profissionais de saúde que atuam em serviços de terapia renal substitutiva, principalmente o enfermeiro, trabalhem de forma intensa no combate ao consumo de álcool e de tabaco, no intuito de prevenir complicações decorrentes da doença crônica e do tratamento.

Referentemente à prática de atividade física, em uma pesquisa realizada com o objetivo de caracterizar usuários renais crônicos que hemodilizam em uma Unidade Nefrológica de um município da região Noroeste do Rio Grande do Sul e relacionar as atividades físicas segundo percepções referentes à avaliação da sua saúde em geral, constatou-se que dos 77 entrevistados, 64,9% praticavam atividade física e destes, 27,3% a realizavam 3 vezes por semana (FRITSCH et al., 2015).

Em uma outra investigação com o objeto de avaliar o estilo de vida de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, constatou-se que de 32 entrevistados, 65,6% não realizavam exercícios físicos e apenas 27,3% praticavam atividades diariamente (KIRCHNER et al., 2011).

Também em uma pesquisa realizada com 108 participantes em terapia hemodialítica da clínica Pronto-Rim na Santa Casa de Misericórdia do Recife, e com o objetivo de avaliar o nível de atividade física de pacientes em tratamento hemodialítico, verificou que 77,8% dos pacientes não praticavam nenhum tipo de atividade física (ARAÚJO FILHO et al., 2016). Esses resultados das duas pesquisas

anteriores são semelhantes com os encontrados na presente investigação, em que 77,8% dos entrevistados não praticavam atividade física.

Cabe destacar que a inatividade física pode proporcionar desvantagens fisiológicas e está fortemente relacionada com o aparecimento de DCNT. Simultaneamente, as práticas de exercícios reduzem fatores de riscos para doenças cardiovasculares como o controle da pressão arterial e do colesterol. Também é capaz de reduzir os níveis de glicose no sangue e de auxiliar na redução de peso, assim como/ prevenir o aparecimento de alguns tipos de cânceres (DURSTINE et al., 2013).

Na presente pesquisa, todos os participantes apresentam alguma doença crônica, sendo a de maior predominância a hipertensão arterial. Esses achados são corroborados com os dados encontrados no estudo realizado com pacientes atendidos em um serviço de hemodiálise, em que a HAS foi a comorbidade mais relatada entre os entrevistados (63,7%), seguida das doenças cardiovasculares (27,5%) (SILVA et al., 2017).

Em uma outra investigação desenvolvida em um serviço do Norte do Rio Grande do Sul, com o objetivo de caracterizar os pacientes com IRC em hemodiálise, constatou-se que dos 90 entrevistados, as comorbidades mais frequentes foram a hipertensão arterial sistêmica (73,3%), seguida de diabetes mellitus (32,2%) (TELLES et al., 2014).

Nesse mesmo estudo, ao verificar o uso de medicamentos diários e contínuos pelos renais crônicos em hemodiálise, a média de uso por paciente foi de 8,6 medicamentos, sendo os mais utilizados os complexos vitamínicos e minerais (97,8%), diuréticos (72,2%); hipotensores (71,1%) e repositores hormonais (43,3%) (TELLES et al., 2014). Essas informações corroboram os achados da presente investigação.

Ressalta-se que o uso dos suplementos vitamínicos tem um papel importante na regulação do metabolismo mineral e ósseo, promovendo a mineralização óssea e inibindo a síntese e a secreção de paratormônio (TELLES et al., 2014).

A desinformação a respeito da IRC e de seus desfechos é considerada um aspecto evidenciado em estudos. Em determinados casos, observa-se a minimização das consequências da IRC por parte da equipe, o que implica baixa

adesão ao tratamento, principalmente o medicamentoso, por alguns pacientes. A falta de compartilhamento das decisões sobre diversas modalidades de tratamento, a quantidade de medicamentos utilizados e o uso da linguagem técnica e prescritiva dos profissionais são alguns dos fatores apontados como barreiras para o entendimento sobre a doença pelo paciente (DAKER et al., 2015). Cabe destacar que na presente pesquisa, houve predomínio de pessoas que fazem uso de 06 a 10 medicamentos diários (60,2%), o que faz inferir que esse fator pode ser um dificultador para a adesão ao tratamento desses pacientes.

Referentemente ao tempo de diagnóstico da IRC, uma investigação realizada com o objetivo de analisar, sob a ótica de pacientes que hemodializam em uma Unidade Nefrológica de um hospital geral, concepções referentes à avaliação da saúde segundo o tempo de diagnóstico e de hemodiálise, constatou-se que dos 77 participantes, 32,5% possuíam o diagnóstico dessa doença de 2 a 5 anos incompletos, seguidos dos com 11 anos ou mais (20,8%) e de menos de dois anos (19,5%) (KRUGER, 2013).

Em uma outra investigação com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de 63 pacientes com insuficiência renal crônica submetidos ao tratamento hemodialítico em um serviço de saúde na cidade de Presidente Prudente-São Paulo, verificou-se que 44,4% tiveram o diagnóstico da doença há 5 anos ou mais (NEGRI et al., 2016). Esses dados e os citados anteriormente, estão em divergência com os encontrados na presente pesquisa, em que se constatou um predomínio de entrevistados com tempo de diagnóstico de até dois anos (34,3%).

Cabe destacar que quando o diagnóstico da IRC é realizado precocemente, o pessoa consegue ter uma significativa qualidade de vida e um tratamento adequado. O diagnóstico precoce contribui também para a redução de gastos públicos. As formas de tratamento disponíveis consistem em terapia medicamentosa, diálise, hemodiálise e transplante renal. Entretanto, é necessário que o paciente adote um novo estilo de vida a partir de mudança de hábitos alimentares e de ingestão hídrica para minimizar as complicações dessa doença e para se adaptar melhor ao tratamento escolhido (MOURA et al., 2015; MELO; BEZERRA; SOUSA, 2014).

Em estudo realizado com o objetivo de descrever o perfil sociodemográfico e clínico laboratorial de pacientes com IRC em um hospital de referência de Passo

Fundo – RS, dos 102 entrevistados, constatou-se que a etiologia mais frequente da IRC foi a hipertensão arterial sistêmica (40,6%). Essas informações são semelhantes aos dados encontrados na presente pesquisa, em que a etiologia da IRC predominante foi a HAS (78,7%) (SILVA et al., 2017).

Esses dados também são confirmados em outra investigação realizada em um Serviço de Nefrologia, ao se observar que os entrevistados apontaram elementos característicos que indicaram a causa da IRC, representada em sua maioria pela hipertensão arterial, e o que a literatura vem apontar como a doença responsável para o surgimento da IRC (SANTOS et al., 2017).

Em relação ao tempo de tratamento em HD, destaca-se que um estudo realizado em programa de HD em três serviços de Nefrologia credenciados pelo SUS em João Pessoa-PB, constatou-se que, dos 245 pacientes entrevistados, 87,0% encontravam-se em tratamento hemodialítico de até 01 ano (OLIVEIRA JÚNIOR; FORMIGA; ALEXANDRE, 2014).

Já na pesquisa que foi realizada em um Centro de Hemodiálise do Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, no município de Patos-PB, verificou-se que, dos 60 pacientes entrevistados, a maior frequência encontrava-se entre 1 e 2 anos de tratamento em HD (29,88%) (SILVA et al, 2015). Estas informações estão em consonância com a presente investigação, em que o tempo de hemodiálise mais frequente foi de até 2 anos (46,3%).

Em divergência a esses achados, em uma investigação realizada em uma unidade de hemodiálise no Nordeste do Brasil, com o objetivo de conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico, dos 30 entrevistados, o tempo de tratamento variou de seis meses a 13 anos, sendo que 50,0% estavam compreendidos no intervalo de 4 a 8 anos de HD (SILVA et al., 2016).

Referentemente ao número de sessões de hemodiálise, em uma pesquisa realizada com o objetivo de estimar e de analisar a prevalência de eventos adversos relacionados ao tratamento hemodialítico, constatou-se que dos 117 entrevistados, 80,2% realizavam 3 sessões de hemodiálise por semana (SOUSA et al., 2016).

Conforme Negri et al. (2016), dos 63 participantes do seu estudo, 96,83% referiram realizar a hemodiálise três vezes por semana. Esses achados estão em

concordância com os encontrados na presente pesquisa, em que 100% dos entrevistados realizavam HD 3 vezes por semana o que acaba sendo a realidade dos renais crônicos que realizam o tratamento hemodialítico.

No que se refere ao tipo de acesso venoso, em um estudo realizado em um setor de Nefrologia do Hospital Evangélico *Dr. E Sra. Goldsby King* em Dourados, Mato Grosso do Sul, com o objetivo de identificar as complicações mais comuns em acessos venosos com pessoas em tratamento hemodialítico, verificou-se que dos 132 pacientes, 90,9% são portadores de fístulas arteriovenosas (CARVALHO; BORGES, 2010).

Em pesquisa desenvolvida com objetivo de analisar as características epidemiológicas e clínicas dos indivíduos com IRC em HD que realizaram ou não tratamento conservador, 89,2% dos entrevistados possuíam, como tipo de acesso venoso, a fístula arteriovenosa (SILVA et al., 2013). Esses achados corroboram o presente estudo em que a maioria dos renais crônicos possuía como acesso venoso a fístula arteriovenosa (60,2%).

Ao analisar a ocorrência de eventos marcantes na vida, nos últimos 12 meses, a presente pesquisa constatou que a maioria dos renais crônicos enfrentaram algum evento marcante. Destaca-se como principais relatos, o diagnóstico de doença na pessoa e perda (morte) de pessoa querida.

Frente à IRC, inúmeros são os significados que passam pelo imaginário destes indivíduos, desde o impacto do diagnóstico, associado ao reconhecimento da gravidade da doença e do tratamento, até as suas consequências, como os efeitos medicamentosos e os limites nos hábitos alimentares e na vida social. Cabe salientar que as mudanças nos hábitos de vida frente à ocorrência da doença geram dificuldades associadas à ausência de experiências que proporcionam prazer, à privação do trabalho, às dificuldades financeiras, à incapacidade física para desempenhar as atividades diárias, à necessidade de deslocamento para outra cidade para realizar as sessões de hemodiálise. Ainda, referem-se preocupações com a preservação do funcionamento das fístulas, controle hídrico e restrições alimentares. Em geral, essas situações provocam dúvidas, insegurança, medo, angústias e sofrimento quanto à cura e à possibilidade de viver (COSTA; COUTINHO; SANTANA, 2014).

Por conseguinte, diante das respostas emocionais positivas e negativas vivenciadas dependendo de cada contexto, torna-se relevante a adoção de estratégias e de mecanismos que auxiliem na adaptação emocional frente às situações positivas e negativas. Destaca-se que o profissional enfermeiro, por conviver bastante tempo da semana com as pessoas em tratamento hemodialítico, tem um papel fundamental nas orientações e na ajuda para a adoção de estratégias que minimizem os efeitos dessa condição crônica (GONDIM et al., 2015).

No que refere à perda ou à morte de pessoa querida, é notório enfatizar que a morte é vista sob diferentes dimensões, que não permitem afirmar verdades absolutas, uma vez que, quando abordada, desperta curiosidade, provoca desconforto e vem sempre acompanhada de muitas perguntas para as quais se encontra a incontestável resposta de que o morrer é inevitável, intrínseco à vida e representa a certeza de que a todo nascimento associa-se um momento de fim (OLIVEIRA et al., 2016).

Cabe destacar que a morte, não é somente um fenômeno biológico da evolução humana, mas; um processo construído socialmente, que não se distingue de outras dimensões do universo das relações sociais. A morte está presente no cotidiano do ser humano, independentemente de suas causas ou formas (OLIVEIRA et al., 2016).

7.2 AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE EM RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Na análise da distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico, de acordo com as respostas referentes às perguntas da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (subescala de ansiedade), verificou-se que os itens que apresentaram respostas com maior percentual no escore 0 para ansiedade foram sensação de entrar em pânico (54,6%) e sentimentos ruins (40,7%), indicando uma menor somatória para a presença de ansiedade. Os itens que apresentaram maior percentual no escore 3 foram cabeça cheia de preocupações (14,9%) e sentimentos de tensão (13,0%), o que aumenta a somatória para a presença de ansiedade.

A literatura traz que a ansiedade é considerada como uma reação natural e fundamental para a autopreservação. Entretanto, pode ter repercussões negativas para o indivíduo, se for excessiva e de longa duração, devido a limitação, dificuldade ou impossibilidade da capacidade de adaptação (CLAUDINO; CORDEIRO, 2016).

A ansiedade é um sentimento subjetivo de desconforto, pavor ou pressentimento, podendo indicar um transtorno psiquiátrico, ou um sintoma de reação devido a uma doença primária. Pode ser caracterizada por um sentimento de medo vago e desagradável que se manifesta como um desconforto ou tensão decorrente de uma antecipação do perigo, de algo desconhecido, enquanto os transtornos de ansiedade compartilham características de medo e de ansiedade excessiva, além de perturbações comportamentais (AGGARWAL et al., 2017).

Os transtornos de ansiedade são diferentes um do outro nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de evitação, e a ideação associada. Frente a isso, o nível de ansiedade e o que ela causa pode ser diferenciado pelo exame atento aos tipos de situações que o indivíduo julga e evita, além do conteúdo dos pensamentos ou as crenças associadas a essas situações (SOUZA; OLIVEIRA, 2017; APA, 2014).

Considerando que a ansiedade pode estar presente e associada a quase todas as patologias, citando principalmente a IRC, provavelmente, ela surja essencialmente devido a dois fortes fatores: a cronicidade da doença e seu tratamento rígido (hemodiálise) (AGGARWAL, 2017; VALLE; SOUZA; RIBEIRO, 2013).

A IRC é considerada um problema de saúde emergente e as alterações psíquicas são altamente prevalentes nesses indivíduos. A literatura traz que os pacientes com esta doença e em tratamento hemodialítico, tendem a experimentar depressão ou ansiedade como consequência de ser diagnosticado com a doença (AGGARWAL et al., 2017).

Cabe salientar que a dependência da hemodiálise é uma experiência negativa, tanto fisiológica como emocionalmente, devido ao fato de fazer com que o paciente não consiga esquecer sua condição crônica de saúde, lembrando que sua vida depende de uma máquina. O medo da morte, sentimentos de tensão,

inquietação e preocupações acabam aparecendo como consequência da doença e do tratamento e são sintomas presentes na ansiedade (SANTOS et al., 2017).

Os pacientes com esse agravo e submetidos a esse tratamento apresentam perdas, incluindo função renal, papel da família, função no trabalho, atividade sexual, tempo e mobilidade e impacto significativo na vida. Ademais, os efeitos medicamentosos, as restrições alimentares, a tensão, o sentimento de medo e a dependência do tratamento podem afetar a qualidade de vida e exacerbar sentimento de perda de controle, associado à presença da ansiedade (GOYAL; CHAUDHURY; SALDANHA, 2018).

Na análise da distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico, de acordo com as respostas das perguntas referentes à ansiedade, 25,9% foram classificados com ansiedade e uma grande maioria, 74,1%, sem ansiedade. A seguir, serão apresentados dois estudos que encontraram resultados similares aos descritos na presente pesquisa.

Em uma investigação realizada com o objetivo de avaliar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes submetidos a tratamento hemodialítico, por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, estudando as possíveis associações dos referidos sintomas com fatores sociodemográficos e clínicos da Unidade de Terapia Renal Substitutiva da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, constatou-se que dos 81 avaliados, 17 (20,9%) pacientes pontuaram sintomas de ansiedade (DIAS et al., 2015).

Contraditoriamente a esses achados e com valores acima aos apresentados na presente investigação, em uma pesquisa em que teve como objetivo comparar a frequência da ansiedade e da depressão (escala HDA) entre pacientes renais crônicos pré-diálise e pacientes em hemodiálise tratados em uma unidade de hemodiálise do Sarif Medical City Hospital, no Paquistão, do total de 156 pacientes avaliados, 111 (71,2%) apresentaram ansiedade (SHAFI; SHAFI, 2017). Cabe destacar que estes dados foram bastante altos em comparação com os encontrados na presente pesquisa.

Também, em um outro estudo realizado com a escala HDA e com o objetivo de explorar o impacto da ansiedade e da depressão na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise, em clínicas de hemodiálise na Grécia, constatou-se que,

dos 395 pacientes entrevistados, 47,8% apresentaram altos níveis de ansiedade (VASILOPOULOU et al., 2016).

Adicionalmente aos achados desses dois últimos estudos, em uma pesquisa realizada com o objetivo de analisar a relação entre a ansiedade, a depressão e a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, em uma Unidade de Terapia Renal Substitutiva do interior de São Paulo-SP, constatou-se que, dos 100 pacientes entrevistados, 33,3% possuíam grau de moderado a severo de sintomas de ansiedade (OTTAVIANI et al., 2014).

Foram encontrados estudos que constataram valores de ansiedade menores aos apresentados na presente pesquisa. Em trabalho realizado com o objetivo de comparar a prevalência de ansiedade e de depressão nos pacientes que realizam hemodiálise e diálise peritoneal em uma clínica de Ponta Grossa-PR, dos 155 pacientes entrevistados, 11,7% apresentaram ansiedade (STASICK et al., 2014).

Também, em uma investigação realizada com o objetivo de avaliar a ansiedade e a depressão de pacientes em diálise nos centros de hemodiálise da Grécia, utilizando-se a escala HADS, constatou-se que do total da amostra de 414 dos pacientes entrevistados, 17,1% apresentaram ansiedade (GEROGIANNI et al., 2019).

Vale ressaltar que atualmente os transtornos mentais constituem um problema de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem algum transtorno mental, e que um em cada quatro pessoas, será afetado por uma doença psiquiátrica em algum momento da vida (PINTO; CAVESTRO; FERREIRA, 2018). Diante disso, cabe inferir que toda a população está predisposta a desenvolver alterações psíquicas, conforme apresentado pelos resultados de algumas investigações mencionadas a seguir.

Em uma investigação realizada com o objetivo de avaliar a presença de sintomas de ansiedade e de depressão, por meio da HDAS, em 141 pacientes internados em um hospital geral, verificou-se que 12,1% deles apresentaram ansiedade (NUNES et al., 2014).

Já em outro estudo desenvolvido com o objetivo de estimar a prevalência de depressão e de ansiedade, utilizando-se a HDAS, em pacientes hospitalizados na enfermaria clínica de um hospital universitário de Niterói –RJ, verificou-se que, dos

115 pacientes, 26,3% apresentaram sintomas de ansiedade (MACELLARO et al., 2018).

Acerca da avaliação da consistência interna da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (subescala de ansiedade), verificou-se neste estudo um valor de 0,829, ou seja, a consistência interna deste instrumento foi aceitável para os itens avaliados e correlacionados uns aos outros, apresentando homogeneidade, o que apontou para a confiabilidade da escala para este estudo.

Frente a outras investigações que utilizaram a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, como em um estudo realizado com 100 pacientes renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico, o alfa de *Cronbach* foi de 0,80, indicando confiabilidade satisfatória (OTTAVIANI et al., 2014). Outra investigação realizada com o objetivo de avaliar as propriedades psicométricas da HDAS aplicada a pacientes internados no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, apresentou confiabilidade do instrumento, com valor de 0,815 para a subescala de ansiedade (GOMES; BEZERRA, 2018).

Frente ao exposto, percebe-se que a descoberta da doença pode afetar a convivência com a nova condição de saúde, provocando mudanças significativas nas atividades diárias, e exigindo adaptações que lhe permitam viver saudável (FERREIRA et al., 2018).

A responsabilidade do paciente de assumir e ter compromisso pelo próprio tratamento, é afetada por uma série de características pessoais inter-relacionadas, como a motivação, a autoeficácia e a resiliência. Buscar maneiras eficazes de promover o desenvolvimento dessas características pode melhorar a capacidade de enfrentamento da doença. Assim, cita-se a resiliência como um fator importante para desenvolver essas características (LEPPIN et al., 2014).

Adicionalmente, a resiliência tem sido definida como um processo de negociação, de gerenciamento e de adaptação para fontes significativas de estresse ou de trauma. É considerada uma habilidade de ajustamento de adversidades, de equilíbrio e de viver de uma maneira positiva. As pessoas resilientes são menos suscetíveis a agravos, e possuem maior habilidade para atenuar a pressão causada pelo impacto negativo da doença. Já, as pessoas pouco resilientes, possivelmente, apresentem maior exposição ao estresse e ao enfrentamento prejudicado diante as

adversidades, podendo gerar sintomas de ansiedade, depressão, raiva, impulsividade e autoestima baixa (BERGH et al., 2015).

Nesse sentido, cabe destacar que o papel do profissional da enfermagem como o principal agente do processo de resiliência do paciente em tratamento hemodialítico, deve ser o de oferecer maneiras de compreensão sobre a doença. Isso ocorre para que o paciente desenvolva autorresponsabilidade, mudança de comportamento em relação ao estilo de vida e às perspectivas que promovam sua adaptação ao tratamento hemodialítico (CARDOSO; SADE, 2012).

Diante disto, o profissional enfermeiro pode contribuir não apenas com os aspectos biológicos da doença, mas, fazer com que o paciente considere as potencialidades de que dispõe. Com isso, contribuirá para que ele se perceba como responsável pelo tratamento e capaz de administrar e de controlar seus impulsos, desenvolver a empatia, sendo otimista, analisar as causas, buscar a autoeficácia, mantendo e criando novos vínculos e, por fim, tendo como base o sentido da vida (SILVA et al., 2016).

Contudo, nota-se a necessidade de se aplicar ferramentas e estratégias nas clínicas de hemodiálise, com o objetivo de combater os fatores desencadeadores de distúrbios psíquicos do IRC em tratamento hemodialítico, assim como, os elementos que possam favorecer o aparecimento da ansiedade nesses indivíduos.

7.3 AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA EM RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Na análise da distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico, de acordo com as respostas referentes às afirmativas da Escala de Autoestima de Rosenberg, constatou-se que, em relação aos sentimentos positivos, a maioria dos renais crônicos concordaram ou concordaram totalmente com as afirmativas, apresentando percentuais acima de 80,0. No que se refere às afirmativas relacionadas aos sentimentos negativos, a maior parte dos entrevistados discordaram ou discordaram totalmente das afirmativas.

Frente a isto, nota-se que a autoestima é um elemento do autoconceito, a qual configura todos os pensamentos e sentimentos que a pessoa tem de si, tendo a

si própria como um objeto. Assim, a autoestima é um julgamento positivo ou negativo que a pessoa tem dela própria, uma avaliação universal da pessoa por si mesma (ROSENBERG, 1965). Adicionalmente, a autoestima é considerada uma importante medida de saúde mental (MOLAVI; ALAVI; KESHVARI, 2015).

Na literatura acadêmica, diversas expressões são utilizadas para se definir a autoestima. Dependendo da abordagem teórica, os autores poderão privilegiar um ou outro aspecto. Conforme o autor clássico Rosenberg, a autoestima se divide em baixa, média e alta. A autoestima baixa se refere às dificuldades do indivíduo que o incapacitam a enfrentar problemas; a média, diz respeito ao se alternar entre sentimentos de autoaprovação e autorrejeição e a autoestima alta corresponde ao autojulgamento que o sujeito faz apresentando sentimentos de competência e de autoconfiança (SCHULTHEISZ; APRILE, 2013).

Os níveis de autoestima influenciam os êxitos e os fracassos do indivíduo, uma vez que está diretamente relacionada com a valorização e com a confiança pessoal, podendo ser entendida como um complexo de sentimentos que pode se refletir de forma positiva ou negativa (LIMA et al., 2017).

Com relação aos sentimentos negativos presentes na autoestima, as pessoas com níveis baixos são mais sensíveis às críticas de outros e se preocupam com a forma com que os outros as o veem e as julgam, evitando, assim, se expor demais e proteger a autoestima. Consequentemente, podem se sentir solitários, tristes, tímidos, incapazes de realizar suas tarefas e de obter prazer por coisas que antes eram prazerosas, o que pode levá-la à percepção negativa do próprio valor, condição que pode desencadear alterações psicológicas (SOWISLO; ORTH, 2013).

Conforme descrito em estudo desenvolvido com pacientes com IRC submetidos ao tratamento hemodialítico, estão presentes nesses pacientes com autoestima baixa, os sentimentos negativos como insatisfação pessoal, mudança visual de si próprio, da sensação de inutilidade frente às atividades laborais, familiares e sociais. O impacto causado pelo tratamento no estilo de vida do paciente, desencadeia um processo doloroso de desgaste emocional em relação à necessidade de se efetuar um tratamento prolongado, que ocasiona alterações físicas e psíquicas. Frente a isso destaca-se que a convivência com a doença e com

o tratamento pode fazer com que o paciente desenvolva conflitos existenciais e, assim, provocar alterações em autoestima (FREITAS; MENDONÇA, 2016).

Ademais, aos impactos citados anteriormente, cabe inferir que esse tratamento pode afetar a autopercepção, a conduta e os relacionamentos de ordem social, além de modificar ou de abolir projetos de vida diante da situação vivenciada. A inviabilidade para o trabalho, a perda da independência física e financeira bem como o aumento da necessidade assistencial favorecem para a exclusão social e o para o surgimento de pensamentos de fracassos, de finitude e de morte, o que ocasiona alterações significativas na autoestima desses indivíduos (COSTA; COUTINHO; SANTANA, 2014).

Vale ressaltar que o tratamento hemodialítico marca a estética do corpo da pessoa, seja pelos sinais da doença (edema, hematomas, ganho de peso), ou pelos acessos invasivos (fístulas e cateteres), que permitem as terapias para manter a vida. Com isso, a corporalidade do ser de alguém e a maneira como os renais crônicos percebem seu corpo são prejudicadas e podem gerar implicações psicossociais como autoestima baixa, sensação de imperfeição e de inferioridade associada à percepção de curiosidade e de preconceito por parte da população quanto a essas alterações físicas (SILVA et al., 2014; SILVA et al., 2019).

Já em relação aos sentimentos positivos envolvidos na autoestima alta, pode-se inferir que ela está relacionada ao quanto o sujeito está satisfeito em relação às situações vividas. Quando sua manifestação é positiva geralmente o indivíduo se sente confiante, competente e possuidor de valor pessoal (SCHULTHEISZ; APRILE, 2013).

Frente aos inúmeros eventos do cotidiano, o impacto das circunstâncias negativas frente à vida das pessoas com autoestima alta são menores, comparadas com aquelas com a autoestima baixa (SHU; LAZATKHAN, 2017).

Vale ressaltar que viver em conformidade com as doenças crônicas implica vivenciar a aceitação da doença que consiste na percepção, no respeito e no enfrentamento da realidade de sua condição (REBOUÇAS JUNIOR; GALDINO; SOUSA, 2014).

Observa-se, assim, que a partir da mudança no estilo de vida do renal crônico e na adesão ao tratamento, a aceitação da nova condição de saúde, motivada por

pensamentos positivos, melhora as relações interpessoais e autoestima desse indivíduo. O impacto inicial da doença pode ser de extrema estranheza, mas também pode ser resignificado e até vivido como fonte potencial para mudanças e para novas oportunidades na vida desse paciente (SILVA et al., 2016; CARDOSO; SADE, 2012).

Nesse contexto, percebe-se que, quando as pessoas com IRC conseguem visualizar o tratamento hemodialítico com maior aceitação, compreendem a necessária adesão com o intuito de diminuir as alterações psicológicas como a autoestima (SALIMENA et al., 2018).

A Escala de Autoestima de Rosenberg é frequentemente utilizada em estudos internacionais com diferentes populações, incluindo adolescentes e idosos. Porém, recentemente, tem-se observado o aumento de sua utilização nos estudos nacionais também com distintos grupos populacionais (FERREIRA et al., 2017; TAVARES et al., 2016; TEIXEIRA et al., 2016).

Constatou-se neste estudo ao avaliar a distribuição dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico frente à classificação da autoestima, que a maioria deles possui autoestima média. Contudo, cabe ressaltar que um percentual relevante de renais crônicos foram classificados com autoestima alta e uma pequena porcentagem com autoestima baixa. Dessa forma, evidenciou-se que os renais crônicos em tratamento hemodialítico apresentam os três níveis de classificação da autoestima avaliados pela Escala de Autoestima de Rosenberg.

Em pesquisa desenvolvida com 118 renais crônicos em tratamento hemodialítico em uma unidade de hemodiálise de um hospital filantrópico do Sul de Minas Gerais com o objetivo de avaliar o bem-estar espiritual e a autoestima, e que utilizou a Escala de Autoestima de Rosenberg, constatou-se que 31,7% foram classificados com autoestima alta (CHAVES et al., 2015).

Também em um estudo realizado com o objetivo de investigar a autoestima, por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg, a imagem corporal e o estado nutricional antropométrico em mulheres com doença renal crônica em hemodiálise, atendidas em dois centros filantrópicos de hemodiálise localizados em duas cidades no Sul de Minas Gerais, Brasil, constatou-se que das 110 mulheres entrevistadas,

oito (7,3%) possuíam autoestima baixa; 55 (50%) média e 47 (42,7%) autoestima alta (GRASSELLI et al., 2016).

Contraditoriamente aos achados dessas investigações, em outro estudo desenvolvido com o objetivo de avaliar a autoestima, a depressão e a espiritualidade em 62 pacientes portadores de doença renal crônica submetidos à hemodiálise em um Hospital das Clínicas da Universidade do Vale do Sapucaí, verificou-se que 56 participantes apresentaram autoestima baixa (90,3%) e seis autoestima alta (9,7%) (NUNES et al., 2014).

Corroborando os achados encontrados na presente pesquisa, uma investigação realizada em uma instituição Nefrológica Fiúza Chaves da cidade de João Pessoa, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida e a autoestima de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, por meio da utilização da Escala de Autoestima de Rosenberg, constatou-se que dos 30 entrevistados, 60,0% apresentaram autoestima média, variando entre o sentimento de adequação ou de inadequação (NEPOMUCENO et al., 2015).

Em outra pesquisa desenvolvida no método quase-experimental e de intervenção com 50 pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico e com o objetivo de realizar uma investigação sobre o efeito da educação de autocuidado na melhoria da autoestima dos pacientes submetidos à hemodiálise no Irã, verificou-se que, de acordo com os resultados encontrados, constataram-se diferenças significativas entre o escore de autoestima média nos dois grupos antes e após a intervenção. Mostrou-se também que, com o aumento do conhecimento e com a conscientização dos pacientes em hemodiálise, estes tinham maior comportamentos de autocuidado e, conseqüentemente aumento da autoestima (POORGHOLAMI et al., 2015).

Em um outro estudo realizado com o objetivo de investigar a correlação da autoestima com a qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise na Indonésia, utilizando-se a Escala de Autoestima de Rosenberg, constatou-se que dos 34 pacientes entrevistados, 20 apresentaram autoestima alta (ARCHENTARI et al., 2017).

Cabe mencionar que a utilização da Escala de Autoestima de Rosenberg também é aplicável em investigações realizadas em outras populações, conforme estão descritas a seguir.

Pesquisa realizada com o objetivo de analisar as relações entre os sintomas ansiosos e depressivos, a resiliência e a autoestima com as características sociodemográficas e clínicas, correlacionar resiliência e autoestima com idade e o tempo da doença; analisar associações entre ansiedade e depressão com as medidas de resiliência e autoestima em 120 indivíduos com doenças cardiovasculares, constatou-se que 40,7% apresentaram autoestima média (CARVALHO et al., 2016). Esses dados estão em consonância com a presente pesquisa.

Em outra investigação realizada com o objetivo de avaliar os níveis de ansiedade e de autoestima em estudantes de enfermagem, no município de Paraíba, quanto à variável autoestima, percebeu-se que dos 51 participantes, 40 (78,43%) foram classificados com autoestima baixa e 11 (21,57%) com autoestima alta (LIMA et al., 2017).

Com relação à avaliação da consistência interna da Escala de Autoestima de Rosenberg, encontrou-se neste estudo um valor de 0,901, ou seja, a consistência interna deste instrumento foi aceitável para os itens avaliados e correlacionados uns aos outros, apresentando homogeneidade, o que apontou para a confiabilidade da escala para este estudo.

Em outras pesquisas que utilizaram a Escala de Autoestima de Rosenberg, como no estudo realizado com 1349 estudantes universitários de uma universidade pública de Santa Marta - Colômbia demonstrou-se o valor de 0,720 (CEBALLOS-OSPINO et al., 2017), e a investigação conduzida com 393 profissionais de enfermagem atuantes em hospitais com valor de 0,784 (SANTOS et al., 2017). O estudo realizada por Chaves et al. (2015) com pessoas renais crônicos em tratamento hemodialítico, apresentou uma boa consistência interna e adequabilidade do instrumento, com o valor de 0,86.

Também em uma outra investigação com 501 adolescentes portugueses, utilizando-se a escala de autoestima de Rosenberg, revelaram-se características psicométricas com uma consistência interna satisfatória, apresentando o valor de

Alfa de Cronbach de 0,74 (TOLENTINO et al., 2015). Em estudo desenvolvido com 120 pacientes com doenças cardiovasculares constatou-se consistência interna com valor de 0,98 (CARVAHO et al., 2016). Esses estudos apresentaram valores semelhantes aos descritos na presente pesquisa.

Frente ao exposto, os indivíduos que fazem tratamento hemodialítico necessitam superar as dificuldades inerentes à doença, e para isso, devem lançar de estratégias de enfrentamento, isto é, desenvolver habilidades comportamentais e cognitivas utilizadas para controlar demandas advindas do ambiente interno e externo. Isso possibilitaria o gerenciamento do evento estressor, bem como o controle, a redução ou a eliminação de respostas emocionais (SILVA et al., 2016).

A literatura descreve que se faz necessário desenvolver mecanismos que favoreçam as mudanças impostas pela doença e pelo tratamento do paciente, sendo imprescindíveis os cuidados do profissional da enfermagem, que devem ser focados nas necessidades desse paciente, de modo a proporcionar uma assistência ampliada. Deve-se incentivar a autonomia dos pacientes por meio de estratégias que facilitem o autocuidado, para que este se sinta capaz de realizar as atividades diárias de vida como qualquer outra pessoa. Assim, isso refletirá em uma melhor autoestima e qualidade de vida para esse paciente (ALVES; GUEDES; COSTA, 2016).

Cabe destacar, que as relações entre a autoestima e o processo de adoecimento crônico se apresentam como desafios a serem considerados no processo assistencial, tendo em consideração que este não deve se ater aos aspectos biológicos, mas, se desenvolver em uma perspectiva que leve em consideração a variedade de dimensões da pessoa (CHAVES et al., 2015).

Diante disso, percebe-se a relevância de se adotar, por parte dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, medidas e estratégias com o objetivo de combater os fatores desencadeadores de alterações psíquicas, como a autoestima, do IRC em tratamento hemodialítico, assim como, os elementos que possam alterar a autoestima deste paciente.

7.4 ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE EM RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

No presente estudo, a variável renda familiar mensal apresentou associação estatística com a ansiedade, em que os pacientes com IRC em tratamento hemodialítico com renda de até 2500,00 reais possuíam mais chances de apresentar ansiedade.

A carência de recursos financeiros reflete nas condições gerais de saúde do indivíduo, e essencialmente na saúde mental. A baixa renda relaciona-se com o elevado índice de alterações mentais, incluindo a ansiedade, que surgem em decorrência da redução do poder, de insegurança e de cumprimento de papéis sociais, dentre outros fatores (LUCCHESI et al., 2014).

De acordo com a literatura, é possível considerar que as pessoas com restrições socioeconômicas, entre outros fatores, podem desenvolver sintomas ansiogênicos, principalmente naqueles indivíduos que possuem doenças crônicas, como a IRC (HEMATI; KIANI, 2016).

Cabe salientar que o nível socioeconômico é um possível influenciador na qualidade de vida da pessoa, visto que, cuja renda mensal não possibilita suprir as necessidades básicas de sobrevivência têm mais chances de apresentar alterações mentais, dentre as quais a ansiedade (BARRETO; FERMOSELI, 2017).

No que concerne ao paciente com IRC em tratamento hemodialítico, sabe-se que esse tratamento pode incapacitar a pessoa de realizar as atividades laborais. Além disso, o tratamento pode gerar inúmeros gastos com aquisição de medicações e realização de exames, que não são cobertos pelo SUS, o que acaba gerando sentimentos de medo e de ansiedade ao paciente (MEDEIROS et al., 2015).

Um estudo encontrou que os pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico com baixa renda apresentam mais chances de possuir alterações mentais como a ansiedade. Já aqueles que possuem uma renda familiar mais alta, terão melhores condições de funcionamento físico e de aspectos sociais do que aqueles que ganham pouco (LEMONS; RODRIGUES; VEIGA, 2015).

A variável tempo de tratamento em hemodiálise também apresentou associação estatística com a ansiedade, em que aqueles renais crônicos com até 4 anos de tratamento hemodialítico apresentaram mais chances de ter ansiedade.

De acordo com a literatura, todas as doenças crônicas são em sua maioria difíceis de se ajustar no início. No caso dos pacientes com IRC em tratamento hemodialítico estes devem fazer ajustes psicológicos contínuos ao longo de sua doença. Cabe salientar que aqueles que estão com menor tempo de tratamento hemodialítico, podem se apresentar mais ansiosos, devido à apresentação de uma nova situação em sua vida. Estes necessitam aprender técnicas para conforto, aceitar o diagnóstico da doença, entender a necessidade do tratamento ao longo da vida, integrar o tratamento em sua rotina diária e lidar com as falhas, com os efeitos e com as complicações do tratamento, assim como, com as transições durante esse processo (GOH; GRIVA, 2018).

Assim, pode-se afirmar que os pacientes com IRC em tratamento hemodialítico, no início do tratamento apresentaram efeitos negativos em relação a si mesmo, e esses sentimentos perduram em relação as alterações psicológicas como à presença da ansiedade (CRUZ et al., 2016).

Vale destacar que aqueles pacientes que estão em tratamento precisam com o passar de o tempo superar as dificuldades inerentes à doença e, para isso, devem buscar estratégias para o enfrentamento desta patologia. Com isso se possibilitaria o gerenciamento do evento estressor como a ansiedade, bem como o controle, a redução ou a eliminação da resposta emocional que pode ser prejudicial à saúde desses pacientes (SILVA et al., 2016).

No que diz respeito à variável tipo de acesso para a realização da hemodiálise, esta apresentou associação estatística com a ansiedade, em que os pacientes com IRC em tratamento hemodialítico em uso do CVC possuíam mais chances de ter ansiedade.

De acordo com a literatura o CVC é uma alternativa utilizada para a realização de hemodiálise, em especial nas situações de emergência em que não há acesso venoso permanente e viável para o tratamento (SHU; LAZATKHAN, 2017).

O acesso vascular obtido por CVC tem como principais vantagens ser indolor durante a sessão de hemodiálise, apresentar praticidade, rapidez na implantação,

produzindo baixa resistência venosa e quanto a sua retirada é de fácil operação, tendo evento adverso mínimo e por este motivo é muito utilizado nestas situações (GUIMARÃES et al., 2015).

Apesar de o uso do CVC apresentar diversas vantagens, podem também surgir complicações físicas durante a sua utilização, como a infecção da corrente sanguínea, trombose, oclusão, descolamento, irritação cutânea, além dos aspectos estéticos, como a presença de curativos e incômodos devido à localização. Consequentemente, esses fatores podem provocar alterações psíquicas na pessoa, como sentimentos de medo e de ansiedade (WALZ et al., 2015; ULLMAN; COOKE; RICKARD, 2015).

De acordo com a literatura o uso desse cateter, apresenta um distúrbio de imagem corporal, alterações biológicas e psicossociais no indivíduo, dentre as quais: aprisionamento, angústia, isolamento social, limitações cotidianas e desgaste emocional, o que pode provocar ansiedade na pessoa (GONZALEZ; TEIXEIRA; BRANCO, 2017).

Em um estudo foi apontado que os pacientes que precisam do uso inicial de CVC para a realização da hemodiálise, se sentem como “extraterrestres com anteninhas no pescoço”. Sentem vergonha ao deambular em locais públicos e da curiosidade das pessoas. Assim, podem apresentar ansiedade devido ao uso deste cateter (NASCIMENTO; 2013; GONZALEZ; TEIXEIRA; BRANCO, 2017).

Ainda que vivencie a mesma situação e possua características comuns em relação à doença, cada pessoa expressa visão particular sobre o significado do CVC. Algumas evidenciam como uma forma de viabilizar o tratamento que lhes garante a vida; entretanto, outras consideram como uma limitação, o que pode gerar alterações mentais como o aparecimento da ansiedade (FERREIRA; NETO; CARDEAL, 2018).

Cabe ressaltar que os profissionais da enfermagem devem ser sensíveis às peculiaridades dos pacientes em uso de CVC, uma vez que esta não é opção ou escolha, mas uma obrigatoriedade para a manutenção da vida. É necessário que estes conheçam a realidade, a visão de mundo e as expectativas de cada sujeito, para que possam priorizar as necessidades dos pacientes durante o uso do CVC e não apenas as exigências terapêuticas (GONZALEZ; TEIXEIRA; BRANCO, 2017).

Outra variável que apresentou associação estatística com a ansiedade foram eventos marcantes na vida, em que os renais crônicos com presença desses eventos tiveram 2,5 mais chances de apresentar ansiedade.

De acordo com a literatura, o fato de a pessoa vivenciar um evento marcante na vida, seja ele positivo ou negativo, pode levá-lo a condição de ansiedade e, assim, ficar sob o controle de estímulos de lembranças que remetem novamente ao evento. Isso ocorre devido à exposição de estímulos sensoriais que produzem uma resposta de ansiedade, juntamente com sintomas somáticos gerados no sistema nervoso autônomo (GUIMARÃES et al., 2015).

Diante disso, frente às respostas emocionais vivenciadas pela pessoa, dependendo de cada contexto, torna-se relevante a implementação de estratégias e de mecanismos que auxiliem na adaptação emocional frente às situações positivas e negativas (GONDIM et al., 2015).

Neste estudo, o evento mais relatado foi o diagnóstico da doença na pessoa. Vale discutir que o diagnóstico da IRC pode gerar intenso sofrimento emocional entre os pacientes e os familiares. Frente a isso, a prevalência de problemas psicossociais como ansiedade, depressão, hostilidade e ideações suicidas, são consideradas comuns. Pacientes que sofrem de IRC também são mais propensos a sofrer de demência, de delírio, de psicose e de abuso de substâncias (GOYAL; CHAUDHURY; SALDANHA, 2018).

Neste estudo, verificou-se que as variáveis sexo, faixa etária, estado civil, crença religiosa, número de filhos, recebimento de benefício financeiro, tipo de moradia, escolaridade, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, prática de atividade física, tempo de diagnóstico de IRC e etiologia da IRC (causa), não tiveram associação significativa com a ansiedade. Contudo, cabe discutir alguns desses fatores que podem desencadear a ansiedade na pessoa.

De acordo com a literatura no que se relaciona ao sexo, as mulheres apresentam maior frequência de ansiedade. Isso pode ser explicado pela combinação de fatores biológicos, psicossociais e culturais, que vão desde múltiplos papéis, com interfaces no trabalho e na família (FERNANDES et al., 2018).

Mas, cabe salientar que quando são analisadas as perspectivas de gênero, a IRC e o seu tratamento geram impactos distintos tanto para os homens quanto para as mulheres (GOMES; BEZERRA, 2018).

No caso dos pacientes com IRC do sexo masculino, a fragilidade imposta pela doença e a necessidade constante de cuidados podem desencadear sentimentos negativos que irão influenciar no cotidiano e na vida social, o que pode desenvolver a ansiedade. Em contrapartida para a mulher, a IRC e o tratamento podem interferir sobre o papel feminino culturalmente instituído na sociedade, relacionado com o cuidado da casa e da família, o que pode resultar prejuízos para sua identidade individual e social e, com isso, na presença de ansiedade (BAYOUMI et al., 2013; LEITE et al., 2016).

No que concerne à faixa etária, estudo constatou que as pessoas mais jovens e com IRC em tratamento hemodialítico necessitam de mais apoio para aliviar suas queixas relacionadas à saúde e precisam de assistência psicológica extensiva para lidar com as emoções negativas relacionadas à doença. Essas pessoas consideram que o tratamento acarreta danos mais expressivos em suas vidas devido a limitações apresentadas, principalmente relacionadas à dificuldade de manter os estudos, os empregos e os relacionamentos sociais, podendo provocar, com isso, a ansiedade (LAUDANSKI; NOWAK; NIEMCZYK, 2013).

Cabe ressaltar que, de maneira geral, as pessoas mais velhas apresentam mais facilidade em aderir ao tratamento hemodialítico. Estas buscam mecanismos intersubjetivos que podem configurar fatores de proteção ao promoverem um novo significado à vida do paciente em HD, contribuindo assim, para uma alteração no estilo de vida e na adesão ao tratamento (SILVA et al., 2016).

Adicionalmente, de acordo com a literatura, os pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico que têm companheiro(a), tem menos chances de apresentarem alterações mentais como a ansiedade. Acredita-se que o apoio de um companheiro seja fundamental para uma boa aceitação e incentivo no tratamento, tendo em vista que o paciente com IRC necessita contar com o apoio permanente de um(a) companheiro(a) e de familiares/amigos para lhes estimular o tratamento e a diminuição de sintomas ansiosos (AZEVEDO; AZEVEDO; MANHÃES, 2015).

A ausência de um(a) companheiro(a) para um paciente com IRC pode ser prejudicial para os cuidados com a saúde e para a percepção de melhores condições de vida, podendo desenvolver sentimentos ansiosos devido ao fato de não ter com quem compartilhar as angústias e tristezas (JESUS et al., 2019).

Referentemente à variável crença religiosa, em um estudo foi apresentado em seus resultados que os indivíduos que possuem alguma religião ou crença demonstraram menos dificuldades no enfrentamento da doença renal do que os indivíduos que alegam não possuir qualquer tipo de religião/crença (LOPES et al., 2014).

A religião e a expressão da fé proporcionam algum significado aos momentos difíceis pelos quais as pessoas passam, sendo que buscam colocar as decisões pelos ocorridos a cargo de Deus, bem como o poder para solução dos problemas. Para o paciente com IRC em tratamento hemodialítico a religião/crença é considerada como um importante recurso e enfrentamento das adversidades e da falta de explicação para as situações apresentadas. Por outro lado, ela pode afastar o indivíduo de uma percepção realística da sua experiência, colocando a potência em algo externo, e que precisa ser encontrada fora de si (GUZZO; BOING; NARDI, 2017).

De acordo com a variável número de filhos, a literatura aponta que os renais crônicos em tratamento hemodialítico que possuem filhos tendem a não apresentar ansiedade. Isso se deve fato de dos filhos serem considerados como suporte fundamental no acompanhamento das adversidades oriundas da própria doença e da hemodiálise, o que contribui para uma maior resiliência na adesão ao tratamento e nos aspectos psicológicos como a ansiedade. O apoio dos filhos é visto como um bem maior, como uma convivência harmoniosa voltada para a frequente demonstração de carinho e de companheirismo entre o doente e o familiar (COITINHO et al., 2015).

Em contrapartida, a presença de filhos também representa diversas alterações na conformação familiar, o que pode provocar, nos pais, ansiedade e apreensão com as responsabilidades, com as preocupações e com as despesas e com os filhos (OLIVEIRA et al., 2013).

Com relação ao recebimento de benefícios financeiros, ressalta-se que o tratamento hemodialítico pode gerar muitas mudanças na vida do renal crônico, dentre esta, a incapacidade de realizar as atividades laborais, tendo que se afastar do emprego, se aposentar por invalidez ou receber auxílio doença, o que resulta na diminuição do salário e também da renda familiar, e, conseqüentemente, provoca alterações mentais, destacando-se, neste caso, a ansiedade (MEDEIROS et al., 2015).

No que concerne ao tipo de moradia, conforme a literatura, a pessoa que possui habitação própria apresenta menos chances de desenvolver ansiedade. Este fato está relacionado com a razão de que uma casa proporciona abrigo à pessoa e a sua família, não só físico, mas também psíquico, sendo considerada como um nível de proteção que a pessoa possui. Ao contrário, as pessoas que não possuem abrigo próprio, encontram-se expostas ao maior risco de surgimento de doença, não só física, mas também mental, em que estas preocupam-se com os gastos (ALVES; RODRIGUES, 2010).

De acordo com a variável escolaridade, um estudo apresentou em seus resultados que a menor escolaridade reflete de forma negativa nas condições socioeconômica e, portanto, diretamente na qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico. Com isso, também se podem desencadear sintomas ansiosos nesse indivíduo (MADALOSSO, MARIOTTI; 2013).

Cabe salientar que quanto maior é a escolaridade do paciente com IRC em tratamento hemodialítico maior é o acesso à informação e melhores as condições econômicas. Com isso, aqueles indivíduos com maior grau de escolaridade exercem atividades que exigem menor esforço físico e, conseqüentemente, o impacto da doença em suas atividades é menor, além de entenderem as informações e de colaborarem com a adesão ao tratamento (SILVA et al., 2016).

Adicionalmente, em um estudo realizado com 102 renais crônicos em tratamento hemodialítico, constatou que 93,8% destes pacientes não consumiam bebida alcoólica. As restrições de bebidas alcoólicas são eficientes para o tratamento e para a melhora da qualidade de vida do paciente. Porém, podem ser fontes de frustrações, por modificarem os hábitos de vida e estabelecerem

privações, assim, desencadeando a ansiedade nesses pacientes (KIRCHNER et al., 2011).

Cabe inferir que os sintomas ansiosos do paciente em tratamento hemodialítico o coloca em maior risco de abuso concomitante de substâncias, sejam ela álcool ou outras drogas (STEIN; SAREEN, 2015).

De acordo com a literatura, o tabagismo é um agravante para a gestão terapêutica do paciente com IRC em tratamento hemodialítico. Uma investigação em que foi avaliada a qualidade de vida dos renais crônicos em tratamento hemodialítico, encontrou que o tabaco era usado como meio de fuga para a tristeza e para a solidão, para a diminuição da ansiedade, para o auxílio a sono e para o alívio das dores. Neste sentido, o tabaco é considerado um método de conforto para esses pacientes frente à condição crônica da doença. Porém, cabe salientar que o tabaco está associado à predisposição de outras doenças e alta morbimortalidade, o que agrava problemas de saúde e diminui a qualidade de vida dessas pessoas, além de provocar a ansiedade (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013; PEREIRA et al., 2011).

Com referência às práticas de atividade física, vale destacar que os exercícios físicos em pacientes com IRC em tratamento hemodialítico têm um efeito favorável no aumento do volume e da fração de ejeção do coração, na redução da rigidez e resistência dos vasos sanguíneos, bem como na redução dos valores de colesterol e, assim, na redução da pressão arterial. Além de todos os benefícios físicos, a prática de atividade física realizada pelos pacientes nestas condições, tem uma ação redutora dos níveis de fadiga e de ansiedade, sendo considerado um dos principais fatores que contribuem para a melhora da qualidade de vida (ARAUJO FILHO et al., 2016).

Com relação ao tempo de diagnóstico da IRC, cabe inferir que ao descobrir uma doença incurável e que necessita de um tratamento rigoroso, a pessoa passa por uma série de sentimentos que provocam conflitos em si mesma. Assim, o impacto gerado pela perda da função renal, além de que a pessoa pode não ter tempo para absorver as informações sobre a doença, remete ao surgimento de sentimentos de tristeza, de negação, de revolta e também de sintomas ansiosos. É

importante saber que cada um percorre essas transformações de forma individual com intervalos e sequências próprias (CAMPOS; TURATO, 2010; FELDMAN; 2015).

Pesquisa apresentou que aqueles indivíduos com menor tempo de diagnóstico têm mais chances de desenvolver a ansiedade. As reações iniciais do paciente apresentadas frente ao diagnóstico e ao tratamento são sempre singulares, podendo se observar reação comum de choque, acompanhada de medo e de ansiedade quanto ao possível resultado e à progressão da doença (IBIAPINA et al., 2016).

Cabe inferir que alguns pacientes passam por um processo de reelaboração após o diagnóstico da doença. Com o decorrer do tempo, passam a conhecer e se apropriar da patologia e do tratamento. Assim, o desconhecido é substituído por uma nova percepção sobre a doença, fundamentada na experiência de adoecimento, trazendo, com isso, novas perspectivas de vida (LIMA; JÚNIOR, 2015).

Já para a variável etiologia da IRC (causa), cabe ressaltar que os pacientes que apresentam doenças crônicas, como a IRC, têm como as principais causas a HAS, que demanda do paciente alguns fatores que podem estar relacionados com a adesão ao tratamento. Dentre esses fatores, citam-se a falta de conhecimento da doença, a motivação para o tratamento, o baixo nível socioeconômico, os aspectos culturais, o tempo prolongado de atendimento, as dificuldades no acesso aos serviços de saúde, os custos com medicamentos que podem não ser oferecidos pelo SUS, o aparecimento de alterações psicológicas, como a ansiedade que também interferem no tratamento e, conseqüentemente, na piora da sua qualidade de vida (COLLISTER et al., 2019).

7.5 ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS À AUTOESTIMA EM RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

No presente estudo, a variável renda familiar mensal apresentou associação estatística com a autoestima, em que os pacientes com IRC em tratamento hemodialítico com renda de até 2500,00 reais possuem mais chances de apresentar autoestima média/baixa.

As pessoas com renda mensal baixa são mais suscetíveis a problemas físicos, mentais e emocionais. Frente a isso, possuem mais chances de encarar as dificuldades em atender às suas necessidades básicas quando comparadas as àquelas com melhores condições financeiras (AZIZI et al., 2017).

Cabe destacar que a independência financeira para a pessoa representa um importante marco de sua existência, que possibilita a autorealização profissional, bem como a autonomia para o sustento familiar e de si própria. Em pessoas com IRC e seu tratamento hemodialítico não se caracteriza impedimento direto e absoluto ao trabalho. Entretanto, causam-se algumas limitações, muitas vezes acarretando afastamentos e/ou aposentadorias precoces e indesejáveis. Aqueles que não conseguem estabelecer um vínculo com o trabalho tendem a diminuir a renda familiar e, com isso, experimentam sensações de frustração, de impotência e de dependência financeira, o que favorece as alterações psicológicas como a autoestima baixa (XAVIER et al., 2014).

De acordo com a literatura, a renda familiar está relacionada diretamente ao domínio social. Entende-se que a melhor condição econômica, faz com que a pessoa frequente outros espaços além do domicílio, conviva com outras pessoas e que converse sobre inúmeros assuntos (CANIELES et al., 2014; PANOBIANCO et al., 2014). Assim, os indivíduos com baixa renda provavelmente enfrentarão dificuldades em atender as próprias necessidades básicas. Com isso, são considerados mais suscetíveis a problemas físicos, mentais e emocionais, podendo ter como característica a autoestima baixa (AZIZI, 2017).

O paciente com IRC em tratamento hemodialítico com melhor condição financeira apresenta contribuições relevantes para o enfrentamento da doença e do tratamento, terá melhores condições de vida para o controle da doença, e, conseqüentemente, se favorecerá uma melhora na autoestima (JESUS et al., 2019).

Referentemente ao tempo de tratamento em hemodiálise, no presente estudo, os renais crônicos com até 4 anos de tratamento apresentaram associação significativa com a autoestima, uma vez que esses possuíam mais chances de ter autoestima média/baixa.

Cabe inferir que o tempo de tratamento hemodialítico pode desencadear alterações intensas na vida dos pacientes, as quais irão repercutir nas dimensões

sociais e psicológicas, como alterações na autoestima, e, assim, interferir nas relações sociais e familiares (CAVALCANTE et al., 2015).

Além das limitações físicas, diversos são os sentimentos que impactam de forma notória os aspectos psicológicos e emocionais dos indivíduos durante o tratamento. Nota-se que, inicialmente, têm afetos negativos em relação ao tempo do tratamento, uma vez que este é contínuo e não leva à solução do problema. Esses sentimentos perduram quanto às alterações na imagem corporal e no estilo de vida, que são modificados; porém podem ao longo do tempo, ir se esvaziando, devido à conformação e à adaptação frente aos obstáculos que essas pessoas vivenciam durante o tratamento (CRUZ et al., 2016).

A literatura aponta que com o avançar do tempo de tratamento hemodialítico, apesar das mudanças físicas identificadas, os pacientes demonstram estar à vontade com a aparência. Essa afirmativa reflete a importância do tratamento hemodialítico para os pacientes, que demonstram satisfação apesar das mudanças corporais ocorridas e das mudanças na vida inerentes ao tratamento. Assim, uma sobrevida longa em HD exige que o paciente possua não só uma boa reserva de saúde, como também compreensão, adaptação e participação em seu tratamento (FRAZÃO et al., 2014).

Neste estudo, verificou-se que as variáveis sexo, faixa etária, estado civil, crença religiosa, número de filhos, recebimento de benefício financeiro, tipo de moradia, escolaridade, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, prática de atividade física, tempo de diagnóstico de IRC, etiologia (causa), tipo de acesso para realização da hemodiálise e eventos marcantes na vida não tiveram associação significativa com a autoestima. Contudo, cabe discutir alguns desses fatores que podem provocar alterações na autoestima da pessoa.

De acordo com a literatura no que concerne ao sexo, a diferença entre a autoestima em homens e mulheres tem sido objeto de estudo há anos e parece existirem percepções diferentes de autoestima em ambos. Os homens apresentam autoestima influenciada por realizações e sucesso, e as mulheres teriam a autoestima influenciada pelos relacionamentos que estabelecem e pela imagem corporal (BATISTA; PIOVEZAN; MUNER, 2015).

Segundo estudo, as mulheres tendem a ter a autoestima mais baixa que a dos homens, seja em consideração a vários domínios ou relacionada a um domínio específico como a imagem corporal. Entretanto, pode ser que em situações particularmente delimitadas por um contexto mobilizador da autoestima possuam a capacidade de produzir variabilidade em distribuição; ou seja, supõe-se que homens e mulheres exibirão diferentes impactos na autoestima, com maior ou menor suscetibilidade a depender do contexto de ativação (SANTOS; FARO, 2015).

Em relação à faixa etária, estudo mostra que o grupo com menor faixa etária apresenta os maiores escores de autoestima média; entretanto a satisfação de vida é maior em pessoas mais velhas. Segundo autores, isso se deve ao fato de as gerações mais novas serem sempre mais exigentes que as mais velhas, fato que justificaria a diferença (RESENDE et al., 2007).

Cabe ressaltar que os adolescentes e jovens podem manifestar sentimento de tristeza, relacionado às dificuldades do tratamento hemodialítico. Inicialmente, o tratamento é considerado um provocador de sofrimento físico e psíquico como a alteração da autoimagem desencadeando autoestima baixa (CARNEIRO et al., 2018).

A literatura traz que a pessoa jovem com IRC e em tratamento hemodialítico afeta sua interação social, principalmente por causa da presença de cateteres, da fístula arteriovenosa e da impossibilidade de administrar atividades da vida cotidiana, considerados como fatores desmotivadores para eles, o que provoca uma autoestima baixa. Ao mesmo tempo, eles sentem solidão, isolamento e perda da autoestima associada à presença da doença e ao tratamento (MURRAY et al., 2014).

De acordo com estudo, pressupõe-se que a faixa etária mais madura possui uma autoestima mais estável e as alterações enfrentadas são conduzidas mais de forma positiva do que negativa e raramente percebidas como extrema. Nessa faixa etária possui uma percepção pessoal de maior autoconhecimento, maior autoconfiança e maior capacidade de autocontrole, além de ser mais resiliente (BARROS; MOREIRA, 2015).

No que concerne ao estado civil, a experiência do matrimônio está associada à satisfação com a vida, o que difere de pessoas não casadas ou sem companheiros

(as) que manifestam alterações psicológicas com a diminuição da autoestima. É importante que se reconheça a importância de uma relação amorosa satisfatória que forneça aos cônjuges sentimentos de autoestima elevada, gratidão e conforto emocional (COMIN et al., 2016).

Acredita-se que as pessoas casadas ou com companheiros (as) possuam mais oportunidades de expressar suas emoções ou sentimentos, o que pode levar a um maior grau de satisfação e de felicidade, culminando em uma autoestima mais elevada (AZIZI et al., 2017).

A literatura aponta que a satisfação conjugal tem várias dimensões, as quais: satisfação sexual, apoio do parceiro, saúde do parceiro, comunicação, atributos de personalidade, relacionamento com os outros, participação na tomada de decisões, tempo de lazer, crenças religiosas e apoio social (JAVANMARD; MOHAMMADI, 2013).

Cabe salientar que as pessoas com IRC em tratamento hemodialítico, que são casadas ou vivem com um(a) companheiro(a) apresentam autoestima elevada frente às que vivem sozinhas. As pessoas que vivem na companhia de alguém tendem a demonstrar melhor percepção da qualidade de vida, sentimento de segurança e aumento da autoestima (GUERREIRO; ALVARADO; ESPINA; 2012).

Referentemente à crença religiosa, estudo desenvolvido constatou que a crença em Deus, o otimismo e o pensamento positivo, originados do enfrentamento com foco na religião, são fortes influências no desenvolvimento de respostas adaptativas às situações difíceis em decorrência da doença. Quando o paciente utiliza o enfrentamento religioso, como orar e participar de grupos ou de reuniões nas igrejas, o diagnóstico de uma doença crônica, como a IRC, pode ser compreendido como parte de um plano maior, em vez de um simples evento aleatório. Isso permite moldar o senso de significado na vida do paciente e na adaptação à nova situação que enfrenta (STURESSON; ZIEGERT, 2014).

Apesar dos avanços no tratamento hemodialítico da pessoa com IRC, as medidas terapêuticas não garantem o retorno à rotina de vida familiar, social e profissional. Sendo assim, a religiosidade e a espiritualidade são medidas de fortalecimento para lidar com as dificuldades apresentadas pelo tratamento e que podem aumentar a autoestima (LEIMIG et al., 2018).

Cabe destacar que os fatores ligados à religião podem ser protetores contra comportamentos de ideação suicida, auxílio em situações de vulnerabilidade, além disso, podem auxiliar no aumento da autoestima (BATISTA; PIOVEZAN; MUNER, 2015).

Cabe inferir que além das contribuições do casamento para níveis elevados de autoestima, a literatura apresenta que o fato de possuir filhos é considerado uma situação favorável para a autoestima, em que o sentimento de solidão e de vazio é preenchido por amor (TAVAKOL et al., 2016).

Adicionalmente, em uma pesquisa realizada com 15 casais, em que o objetivo foi verificar a relação entre a autoestima e a satisfação de vida, buscando identificar se o número de filhos está relacionado a essas variáveis, verificou-se que aqueles casais que possuíam mais filhos (2 a 7 filhos) apresentaram média de escore de autoestima maior do que aqueles com apenas um ou nenhum filho (BATISTA; PIOVEZAN; MUNER, 2015).

Contraditoriamente, em uma outra investigação, constatou-se que ter filhos interfere negativa e significativamente na satisfação conjugal. Os casais após o nascimento dos filhos passam a ter preocupação com questões financeiras e sociais, além de preocupações com a segurança dos filhos, o que pode alterar a sua autoestima (SARDINHA; FALCONE; FERREIRA, 2009).

No que diz respeito ao recebimento de benefício financeiro, outro fator agravante para a autoestima baixa é a queda das atividades econômicas e profissionais dos pacientes, já que esses não conseguem estabelecer ou manter vínculo com o trabalho, provavelmente devido ao tempo de tratamento, à presença de queixas físicas como fraquezas, cansaço, indisposição e à não aptidão para o exercício da profissão (FRAZÃO et al., 2014).

As limitações provocadas pela doença e pelo tratamento mostram que a pessoa renal crônica se vê obrigada a modificar suas atividades e rotinas diárias. Tais mudanças podem provocar perda do trabalho, gerando dificuldades econômicas, familiares e sociais, o que pode também prejudicar sua autoestima devido a preocupações com o sustento da casa e diminuição da renda, e com isso, os fazem depender de ajuda financeira como a aposentadoria ou o auxílio-doença (JESUS et al., 2019).

No que concerne ao tipo de moradia, cabe inferir que a literatura descreve que os pacientes com IRC em tratamento hemodialítico que possuem casa própria apresentam menores chances de apresentar sintomas de angústias, de alteração na autoestima e de preocupações. Isso se deve ao fato de que, as pessoas que possuem moradia própria não precisam custear gastos com aluguel, o que considerado uma vantagem, uma vez que estas possuem baixa renda, devido à dificuldade de manter o emprego, e gastam parte do dinheiro com medicamentos que não são disponibilizados na rede pública de saúde (TERRA, 2007).

Relativamente à variável escolaridade, a literatura destaca que a aprendizagem contribui para o desenvolvimento do indivíduo e instiga na busca por novos conhecimentos, principalmente daqueles que não tiveram a oportunidade de estudar. O nível de escolaridade associa-se ao acesso à informação, a melhores oportunidades sociais ao longo da vida, bem como facilita a oferta de serviços de saúde e, conseqüentemente, de melhores condições de vida. Assim, essa busca de conhecimento desenvolve de forma positiva a autoestima do indivíduo (SALERNO et al., 2015).

Sabe-se que o nível de escolaridade influencia negativamente no processo de autocuidado dos pacientes com IRC e em tratamento hemodialítico, uma vez que os que possuem baixa instrução têm dificuldades de entender as orientações que são dadas, obtendo-se o maior índice de abandono do tratamento. Além disso, apresentam dificuldades na prevenção das doenças, o que influencia no desenvolvimento de complicações que futuramente podem alterar sua autoestima (MACIEL et al., 2015).

No que concerne ao consumo de bebidas alcoólicas, apesar da perspectiva positiva quanto ao uso de álcool na redução de doenças e para as relações interpessoais, esta substância tem causado problemas sociais, econômicos e psicológicos, desatacando-se a diminuição da autoestima da pessoa e da saúde humana. A literatura tem buscado avaliar o perfil dos consumidores no uso de álcool e as variáveis que influenciam esse problema para mensurar o impacto dessas condutas no ajustamento social e mental dos consumidores. Cabe salientar que quanto maior é o uso do álcool, menor é a visão positiva que os sujeitos têm de si

mesmos; com isso, pode-se diminuir a autoestima dessas pessoas (FORMIGA et al., 2014).

Além disso, no que concerne ao tabagismo, atualmente este é considerado uma doença crônica causada pela dependência da nicotina e um dos principais fatores de risco de diversas doenças. Apesar de alta prevalência em alguns países, tem ocorrido uma diminuição do número de fumantes nas últimas décadas. Acredita-se que isso ocorra devido à implantação de políticas públicas e ao aumento do acesso à prevenção e ao tratamento do tabagismo (PAWLINA et al., 2015).

Cabe salientar que quando a autoestima pessoal se encontra diminuída, devido a um evento negativo, pode-se provocar um aumento nos níveis de alterações psicológicas, uma vez que o indivíduo reage buscando alternativas para enfrentar a situação. Em muitos casos, essa situação resulta em formas pouco apropriadas ou nocivas para a saúde, como o uso de tabaco, álcool e outras drogas (MALDONADO et al., 2008).

Com referência à prática de atividades físicas, a literatura demonstra os benefícios psicológicos que estas podem acarretar nas pessoas principalmente no aumento da sua autoestima. Os praticantes de exercícios físicos apresentam níveis mais elevados de autoestima e níveis reduzidos de depressão comparativamente com os não praticantes. Essa situação pode justificar-se pelo fato de a inserção em atividades físicas originar maior capacidade de autonomia e melhoria da qualidade de vida. Além de prolongar a capacidade funcional e de atenuar os efeitos negativos como lentidão psicomotora, não mobilidade física, sensação de incapacidade, sentimentos de isolamento e de solidão, proporciona o desenvolvimento de relações sociais e estimulação de funções cognitivas (TEIXEIRA et al., 2016).

Frente ao exposto, considera-se que a prática de atividade física, enquanto elemento do estilo de vida dos indivíduos, pode efetivamente prevenir o aparecimento de determinadas perturbações mentais e promover níveis aumentados de autoestima, além de prevenir e auxiliar no controle das mais variadas DCNT, principalmente, a HAS e a DM (ALVES JUNIOR et al., 2016; TEIXEIRA et al., 2016).

Com relação ao tempo de diagnóstico em IRC, estudos apontam uma prevalência de autoestima baixa em pessoas portadoras de doenças crônicas. Observa-se que os níveis de autoestima podem ser afetados negativamente pelo

menor tempo de diagnóstico da doença crônica, fato tem relação com as consequências da doença, da diminuição de capacidade de enfrentamento e da resiliência ainda prejudicada (HEMATI; KIANI, 2016; HILL, 2017).

Com isso, pode-se afirmar que a duração da doença afeta bastante a autoestima dos pacientes, uma vez que os tratamentos prolongados afetam negativamente essa variável. Escores baixos de autoestima impactam sobre diversos aspectos da pessoa, dentre os quais: relações interpessoais, os pensamentos, os sentimentos e as atividades de vida diária, fazendo com que comprometa a sua capacidade de gestão da doença o que a torna mais vulnerável a eventos estressores (POMPEO et al., 2017).

Para a variável etiologia da IRC (causa), como mencionado anteriormente em que a principal causa da IRC é a HAS, exige-se da pessoa uma vida mais regrada, com alterações na dieta, exercícios físicos, uso de medicamentos, o que favorece a um risco para o desenvolvimento da autoestima baixa e, conseqüentemente, para a redução da qualidade de vida e para o aumento de prevalência de doenças psíquicas. Ressalta-se também que o tratamento adequado da HAS pode evitar muitas complicações, entre as quais, cita-se a IRC (TUSEK; PETEK, 2016).

Além da variável etiologia da IRC, o tipo de acesso para a realização da hemodiálise, também pode influenciar a autoestima da pessoa. Assim, a literatura traz que aqueles que fazem uso de FAV, considerada como a melhor via de acesso para a hemodiálise, desponta como a primeira marca física de que a doença se estabeleceu no corpo. Assim o sujeito passa a se ver como diferente daquele que não experimenta a doença (CABRAL et al., 2013).

As repercussões estéticas estão intimamente ligadas ao modo como a pessoa se percebe e é percebida no mundo. Diante das alterações físicas decorrentes do uso da fístula, o olhar do outro sobre o corpo marcado, que tem como base na curiosidade pelo ser que é diferente, pode provocar incômodo naquele que sofre, fazendo surgir sentimento de rejeição, de discriminação e de autoestima baixa. Nesse contexto, o paciente se esconde ou esconde o objeto de indiscrição do outro, neste caso a FAV, que é ocultada pelas roupas compridas (SILVA et al., 2019).

Quanto ao uso do cateter venoso central, este é considerado um fator desestabilizador para o paciente renal crônico em tratamento hemodialítico.

Sentimentos de diferença, de inferioridade em relação às pessoas saudáveis e autoestima baixa podem causar rupturas na dinâmica da vida do usuário e adaptações a novos hábitos e comportamentos exigem sacrifícios e renúncias (GONZALEZ; TEIXEIRA; BRANCO, 2017).

Cabe salientar que, apesar de os usuários relatarem que a convivência com o cateter constitui uma limitação, outra parte entende que o dispositivo é um meio para alcançar os objetivos do tratamento satisfatoriamente (GONZALEZ; TEIXEIRA; BRANCO, 2017).

Frente a isso, a maneira como cada indivíduo vivencia e enfrenta a doença é algo individual, influenciado pela estrutura da personalidade, pela capacidade de tolerar frustrações, pelas relações com as pessoas e consigo mesmo. Assim, alguns lidam melhor com a enfermidade, buscando informar-se e ser motivados para o tratamento por meio de alternativas para adaptações, enquanto que outros, apresentam mais sofrimentos e dificuldades (MADALOSSO; MARIOTTI, 2013).

Outra variável que pode interferir na autoestima do indivíduo é a presença de algum evento marcante na vida. Dessa maneira, no presente estudo, o evento mais relatado foi o diagnóstico da doença na pessoa. Destaca-se que o diagnóstico e o tratamento podem afetar negativamente a imagem que a pessoa tem de seu próprio corpo, o que resulta em transtornos afetivos e em diminuição na autoestima (LEITE; NOGUEIRA; TERRA, 2015).

De acordo com a literatura, a descoberta da IRC, somada ao tratamento, costuma ocorrer de forma repentina, devido ao fato de se tratar de uma doença de progressão silenciosa e que quando revelada já está em seu estado avançado. Com isso, o impacto gerado pelo conhecimento da perda da função renal, sem o tempo necessário para absorver as informações sobre a doença, pode remeter a sentimentos de desespero, de revolta, de negação, de tristeza e de autoestima diminuída (XAVIER et al., 2018).

7.6 ANÁLISE UNIVARIADA DA ANSIEDADE COM A AUTOESTIMA DOS RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

As variáveis ansiedade e autoestima apresentaram associação estatística, ou seja, os renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico com ansiedade tiveram quase seis vezes mais chances de apresentar autoestima média/baixa.

Cabe salientar que a ansiedade é considerada como resposta a uma possível ameaça desconhecida. Pode-se dizer que a impossibilidade do ser humano em dar sentido a determinadas situações é o maior causador de ansiedade possível de vivenciar (LOPES; SANTOS, 2018).

Com relação à autoestima, esta é conhecida como um processo de autoavaliação que um indivíduo executa e mantém. Essa avaliação apresenta um conjunto de sentimentos e de pensamentos em relação ao autoconceito em que uma atitude de aprovação ou de rejeição de si mesmo abrange percepções de avaliações, de crenças e de afetividade. Assim, a autoestima é pessoal e fortemente influenciada pelo cenário social e cultural, ao qual a pessoa pertence (ROSENBERG, 1965; SCHULTHEISZ; APRILE, 2013).

Associando a ansiedade com a autoestima, nota-se que a autoestima baixa está relacionada com um sentimento de vulnerabilidade a adversidades e incapacidades na resolução de problemas, o que pode culminar em um aumento da ansiedade no indivíduo ao enfrentar problemas na vida. Com isso, pode acarretar no desenvolvimento de sentimentos negativos sobre si mesmo e sobre o ambiente em que está inserido, como diminuição da autoestima e transtornos psicológicos como a ansiedade (PEREIRA et al., 2018).

Em um estudo realizado no Brasil, em que se buscou avaliar a ansiedade e a autoestima em estudantes de enfermagem, identificou-se a associação entre a presença de ansiedade e a autoestima baixa, ou seja, quanto maior a ansiedade na pessoa, menor será a sua autoestima (LIMA et al., 2017).

Corroborando os dados citados anteriormente, achados na literatura internacional também evidenciaram relação da autoestima baixa com a presença da ansiedade. Vale salientar que a autoestima baixa contribui significativamente para a

ocorrência da ansiedade, afetando, com isso, a qualidade de vida das pessoas que apresentam essas alterações psíquicas (NGUYEN et al., 2019).

Investigação que buscou avaliar se a autoestima baixa predispõe a ocorrência de ansiedade ou de depressão, constatou-se que os indivíduos com níveis mais baixos de autoestima são mais sensíveis às críticas de outros e se preocupam com a forma com que os outros os veem e os julgam, evitando assim, se expor demais e proteger sua autoestima. Conseqüentemente, podem se sentir solitários, tristes, tímidos, incapazes de desenvolver as atividades diárias, o que pode desencadear sentimentos negativos do próprio valor, situação que pode levar ao aparecimento de sintomas ansiogênicos e depressivos (SOWISLO; ORTH, 2013).

Em uma outra pesquisa que investigou como o uso das mídias sociais se relacionava à qualidade do sono, à autoestima e à ansiedade em adolescentes escoceses, constatou-se a correlação entre o uso das mídias sociais com a ansiedade e a autoestima. Ou seja, adolescentes que usaram as redes sociais, tanto no geral quanto no período noturno, e aqueles que foram mais emocionalmente investidos nas redes, experimentaram pior qualidade do sono, níveis altos de ansiedade e de autoestima baixa (WOODS; SCOTT, 2016).

Frente a esse cenário, cabe destacar a necessidade do trabalho multiprofissional em saúde para a diminuição da ansiedade e do aumento dos níveis de autoestima das pessoas. Dessa forma, são necessárias implementações de estratégias de enfermagem que propiciem uma melhora desses níveis nos pacientes a serem atendidos, incluindo os com IRC e em tratamento hemodialítico, o que contribui de forma positiva na qualidade de vida.

8 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar a ansiedade e a autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico em um serviço de terapia renal substitutiva de um hospital geral de um município do Sul de Minas Gerais.

Desse modo, de acordo com o primeiro objetivo específico (identificar as variáveis socioeconômicas, de hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a doença e o tratamento e eventos marcantes na vida dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico), fez-se possível concluir que teve a mesma proporção do sexo masculino e feminino, maior frequência de pessoas com faixa etária acima de 59 anos, casados(as) ou com companheiros(as); católicos(as); com até 2 filhos, com renda familiar mensal de 1.001 a 2.500 reais; aposentados(as) e com casa própria.

Ademais, a maior parte dos entrevistados possuía ensino fundamental incompleto; não consumia bebida alcoólica; não fazia uso de drogas ilícitas; não era tabagista; não praticava atividades físicas; possuía outras doenças crônicas; destacando-se a HAS, e fazia uso de medicamentos contínuos.

Além disso, o tempo de diagnóstico de IRC nos pacientes entrevistados foram de até dois anos, a maioria possuía a HAS como etiologia da IRC (causa), até dois anos de tratamento hemodialítico, todos faziam três sessões de hemodiálise por semana e a fístula arteriovenosa foi citada como o tipo de acesso mais utilizado para a realização da hemodiálise. Com relação aos eventos marcantes na vida nos últimos 12 meses, a maioria deles apresentaram algum evento, sendo que o mais citado foi o diagnóstico de doença na pessoa.

Frente aos resultados encontrados para responder ao segundo objetivo específico (avaliar a ansiedade dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico), conclui-se que a maioria dos pacientes foram classificados sem ansiedade, destacando-se um pequeno percentual de pessoas com ansiedade.

Torna-se possível concluir, por meio dos resultados apresentados para responder ao terceiro objetivo específico (avaliar a autoestima dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico), que a maior parte dos entrevistados

possuía autoestima média. Entretanto, cabe salientar que um percentual relevante desses pacientes foi classificado como autoestima alta e um pequeno percentual com autoestima baixa.

Conforme o quarto objetivo específico (verificar se existe associação entre o nível de ansiedade e as variáveis socioeconômicas, de hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a doença e o tratamento, e eventos marcantes na vida dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico) conclui-se que as variáveis tempo de tratamento hemodialítico, eventos marcantes na vida, renda familiar mensal e tipo de acesso para realização de hemodiálise apresentaram associação estatística com a medida da ansiedade.

De acordo com o quinto objetivo específico (verificar se existe associação entre o nível de autoestima e as variáveis socioeconômicas, de hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a doença e o tratamento, e eventos marcantes na vida dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico), constatou-se que as variáveis renda familiar mensal e tempo de tratamento em hemodiálise apresentaram associação estatística com a medida da autoestima.

Por fim, foi possível concluir, com base no último objetivo específico proposto nesta pesquisa (verificar se existe associação entre ansiedade com a autoestima dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico), que as variáveis “ansiedade” e “autoestima” apresentaram associação estatística, em que os renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico com ansiedade tiveram mais chances de apresentar autoestima média/baixa.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IRC é um problema que vem atingindo um número cada vez maior de indivíduos devido ao processo de envelhecimento da população e ao aumento das morbidades associadas ao desenvolvimento das disfunções renais. O tratamento hemodialítico é comumente o mais utilizado nessa doença. Destaca-se que devido ao regime terapêutico complexo podem-se gerar limitações associadas à ausência de vivências que proporcionam prazer emergindo sentimentos negativos, como privação do trabalho, dificuldades financeiras, incapacidade física de desempenhar as atividades diárias, preocupações, angústias, ansiedade, alterações na imagem corporal e no estilo de vida.

Frente a isso, torna-se imprescindível a adoção de medidas que detenham os fatores motivadores das doenças psíquicas e de alterações da autoestima, para que essas pessoas possam enfrentar a doença e o tratamento com uma boa saúde física e mental.

Nesse contexto, ressalta-se que quando os pacientes recebem o apoio da família e da equipe multiprofissional, conseguem enfrentar essas dificuldades e se readaptar à nova rotina de vida, reconhecendo o tratamento como decisivo para uma melhora na qualidade de vida. Muitas vezes, a família assume o cuidado e aprende a buscar recursos para enfrentar as dificuldades impostas pela enfermidade, minimizando perdas e frustrações, assim como a ocorrência de alterações mentais, como ansiedade e autoestima baixa, o que favorece o enfrentamento da doença e do tratamento.

Diante disso, a readaptação à nova realidade e a compreensão da busca pelo controle da situação, desencadeadas pela doença, exigem que a família participe no processo de adesão do tratamento para que, assim, favoreça ao paciente uma melhora no seu bem-estar físico, mental e social.

Faz-se necessário também o trabalho da equipe multiprofissional, que pode auxiliar o paciente a adotar comportamentos para o autocuidado, adesão ao tratamento e a minimizar os sintomas indesejáveis da doença. A confiança que é depositada pelo paciente na equipe é um fator preponderante para a adesão ao

tratamento, deixando-o livre para o diálogo com a equipe, para expor seus anseios, medos e dúvidas.

Além disso, aconselha-se sobre a importância das condutas pelos profissionais da saúde, incluindo a enfermagem, frente à realização das orientações a essas pessoas, as quais podem ser incompreensíveis quando realizada de forma técnica, podendo contribuir para não adesão ao tratamento.

Cabe ressaltar também que é de fundamental importância o relacionamento entre o renal crônico e a equipe de enfermagem por meio do cuidado humanizado. O papel da enfermagem se destaca como elo principal nas alterações dos padrões de vida da pessoa, uma vez que auxilia na reconstrução de uma nova perspectiva, fazendo repensar em novos projetos e elaborar conceitos que irão proporcionar uma melhora em sua expectativa de vida, assim como, diminuir a ocorrência de ansiedade e elevar a autoestima.

O enfermeiro por meio de uma visão holística consegue estabelecer uma assistência integral, podendo adequar e direcionar o cuidado de acordo com a realidade de cada pessoa, por meio dos preceitos humanísticos, o que, conseqüentemente, irá proporcionar efeitos positivos no processo terapêutico e na saúde mental.

É importante mencionar que o profissional enfermeiro, como está perto de todas as alterações no modo de viver da pessoa com IRC, pode auxiliá-la no processo de resiliência, como principal agente, podendo oferecer maneiras de compreensão sobre a doença a fim de que ela possa desenvolver autocuidado, mudança de comportamento em relação ao estilo de vida e perseverança para que se promova a adaptação ao tratamento.

Cabe ressaltar que o presente estudo apresentou algumas limitações. A primeira refere-se ao desenho transversal, que não permitiu verificar a relação causa-efeito dos resultados encontrados. Contudo, tal desenho foi relevante por permitir caracterizar e associar variáveis independentes com dependentes, observando-se a situação da pessoa com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico no momento de coleta de dados.

Outra limitação encontrada foi a não generalização dos achados para a população geral que se encontra nas mesmas condições, devido ao tamanho da

amostra. Porém, mesmo assim, o estudo fornece informações relevantes a respeito do tema, uma vez que foi possível avaliar quase todos os renais crônicos que realizavam a hemodiálise no hospital pesquisado.

Além desses fatores, cita-se como uma importante limitação deste estudo a subjetividade dos assuntos abordados para o paciente com IRC. Cada pessoa portase com um conhecimento e um interesse diferenciado frente ao que vivencia durante o tratamento hemodialítico e também quanto às questões envolvidas no processo de ansiedade e de alterações na autoestima. Nesse sentido, talvez isso possa ter interferido nas respostas apresentadas pelos participantes do estudo durante as entrevistas.

Mediante essas limitações, sugere-se a realização de investigações longitudinais que abordem a temática analisada nesta pesquisa de maneira que se demonstre o nexo-causal e a causa-efeito da presença da ansiedade e da alteração da autoestima nos renais crônicas em tratamento hemodialítico.

Além disso, percebe-se a necessidade de se realizar este estudo em outras instituições de saúde, assim como, em outros municípios e Estados. Isso se faz necessário, no sentido de se conhecer de forma minuciosa as pessoas que se encontram nessas condições no que concerne o seu perfil sociodemográfico, à presença de ansiedade e de alteração em sua autoestima, para que se possa comparar com a população pesquisada na presente investigação.

Por fim, sugerem-se também, estudos experimentais ou quase-experimentais envolvendo esta temática, para que se possa aplicar intervenções à essas pessoas em tratamento hemodialítico, no intuito de mostrar as alterações psicológicas que são ocasionadas devido ao tratamento e também de amenizá-las, assim como, realizar estratégias que possam evitar o aparecimento da ansiedade e promover o aumento da autoestima. Dessa forma, seria necessário adquirir, cada vez mais, evidências científicas acerca da saúde da pessoa com IRC sem que haja influência de sua subjetividade.

O vínculo efetivo dos profissionais da enfermagem com a pessoa em tratamento hemodialítico, desempenha um importante papel que colabora com a melhor adesão ao tratamento. Além disso, pode atuar na manutenção do tratamento, oferecendo suporte no enfrentamento da doença e na criação de estratégias para

que tenha a diminuição da ansiedade e o aumento da autoestima e, assim, promover sua qualidade de vida.

Com todo o exposto no presente estudo, principalmente com os resultados apresentados, espera-se que os profissionais da enfermagem e toda a equipe multiprofissional possa se sensibilizar para prestar um atendimento integral ao renal crônico. Assim também, aperfeiçoar a qualidade da relação profissional/cliente/família/instituição, para alcançar melhor enfrentamento da doença e do tratamento.

Por fim, esta investigação também poderá trazer como avanço no conhecimento da área a colaboração para o desenvolvimento de estratégias que visem à humanização e à integralidade da assistência prestada, com o objetivo de minimizar a ansiedade e de aumentar a autoestima dos renais crônicos durante e após o tratamento hemodialítico.

REFERÊNCIAS

- AGGARWAL, H. K. et al. Prevalence of depression, anxiety and insomnia in chronic kidney disease patients and their co-relation with the demographic variables. **Journal Prilozi**, Unauthentifizer, v. 38, n. 2, 2017. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28991772>>. Acesso: em 10 ago. 2019.
- ALMEIDA, O. P, DRACTU, L; LARANJEIRA, R. **Manual de psiquiatria clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- ALVES JUNIOR, T. A. et al. Auto-percepção do papel do profissional de educação física no combate à obesidade: um estudo piloto. **Rev. Motricidade**, Ribeira de Pena, v. 12, n. 1, p. 30-41, dez. 2016. Disponível em:< http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2016000500005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 set. 2017.
- ALVES, L. O. GUEDES, C. C. P. COSTA, B. C. As ações do enfermeiro ao paciente renal crônico: reflexão da assistência do foco na integralidade. **Rev. Fundam Care Online**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 3907-3921, 2016. Disponível em:< <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3945>>. Acesso em: 28 ago. 2019.
- ALVES, A. A; RODRIGUES, N. F. Determinantes sociais e económicos da saúde mental. **Rev.Port Saúde Pública**, Porto Oriental, v. 28, n.2, p. 127-131, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200003>. Acesso em: 07 abr. 2019.
- ANDRADE, L. H. S. G; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 25, n. 6, nov./dez.1998.
- ANDREWS, B.; HEJDENBERG, J.; WILDING, J. Student anxiety and depression: Comparison of questionnaire and interview assessments. **J Affect Disord**, London, v. 95, n. 1, p. 29-34, jun. 2006. Disponível em: < [https://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(06\)00223-0/fulltext](https://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(06)00223-0/fulltext)>. Acesso em: 07 abr. 2018.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria Nº 389, de 13 de março de 2014**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html>. Acesso em: 19 abr. 2018.
- APA. American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM 5**. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em:< <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, Volta Redonda, v. 3, n. 6, P. 56-63, ago. 2011.

Disponível em:< <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/566/528>>. Acesso em: 04 mar. 2018.

ARAÚJO FILHO, J.C. A et al. Nível de atividade física de pacientes em hemodiálise: um estudo de corte transversal. **Rev.Fisioter Pesqui**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 234-240, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/fp/v23n3/2316-9117-fp-23-03-00234.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2019.

ARAÚJO, J. B. et al. Cotidiano de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise: expectativas, modificações e relações sociais. **Rev Fund Care Online**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 4996-5001, out. /dez. 2011. Disponível em:< http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4404/pdf_1>. Acesso em: 07 maio 2018.

ARCHENTARI, K. et al. Harga diri dan Kualitas hidup pada pasien dengan cronic kidney yang menjalani hemodialisis. **Jurnal Psikologi**, Indonésia, v. 16, n. 2, p. 138-146, 2017. Disponível em:> <https://doi.org/10.14710/jp.16.2.138-146>>. Acesso em: 30. Ago. 2019.

AVANCI, J. Q.; AVANCI, J Q. Adaptação Transcultural de Escala de Auto-Estima para Adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 397-405, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n3/a07v20n3.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

AZEVEDO, S. M; AZEVEDO, A. S; MANHÃES, L. S. P. Insuficiência renal crônica: análise do binômio enfermeiro-portador de IRC. **Rev.Persp.Online:biol. e Saúde**, Campos dos Goyatázes, v.19, n. 5, p. 11-34, 2015. Disponível em:< http://ojs3.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/88. Acesso em 30 maio. 2019.

AZIZI, M. et al. The Effect of Individual Factors, Socioeconomic and Social Participation on Individual Happiness: A Cross-Sectional Study. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, Deli, v. 11, n. 6, p. VC01–VC04, jun. 2017. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5535462/>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

BARRETO, M. A; FERMOSELI, A. F. O. Prevalência de ansiedade e depressão em idosos com baixa escolaridade em Maceió/Al. **Rev. Psicologia, saúde e doença**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 801-813, 2017. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180314>>. Acesso em: 03 set. 2019.

BARROS, B. P. et al. Ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com glomerulonefrite familiar ou doença renal policística autossômica dominante. **J. Bras. Nefrol**, v. 33, n. 2, p. 120-128, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010128002011000200002&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 01 abr. 2018.

BARROS, R. M.; MOREIRA, A. S. Desemprego, autoestima e satisfação com a vida: estudo exploratório realizado em Portugal com beneficiários do Rendimento Social de Inserção. **Rev. Psicol. Organ. Trab**, Brasília, v. 15, n. 2, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572015000200005>. Acesso em: 10 set. 2019.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BATISTA, H. H. V.; PIOVEZAN, N. M.; MUNER, L. C. Relação entre Autoestima e satisfação de vida de casais com e sem filhos. **Rev. Psico FAE**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 75-88, 2015. Disponível em: <<https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/58>>. Acesso em: 31 ago. 2019.

BAUER, S. **Da ansiedade à depressão** - da psicofarmacologia à psicoterapia ericksoniana. São Paulo: Livro Pleno, 2002.

BAYOUMI, M. e t al. Predictors of quality of life in hemodialysis patients. **Saudi J Kidney Dis Transpl**, Arábia Saudita, v. 24, n. 2, p. 254-259, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23538347>>. Acesso em: 04 set. 2019.

BEJELLAND, I. et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. **J. Psychosom Res**, Bergen, v. 52, n. 2, p. 69-77, fev.2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11832252>>. Acesso em: 04 set. 2019.

BENUTE, G. R. G. et al. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 322-327, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a27.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2018.

BERGH, C. et al. Stress resilience and physical fitness in adolescence and risk of coronary heart disease in middle age. **Journal. British Cardiac Society**, Washington, v. 101, p. 623-629, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/273148994_Stress_resilience_and_physical_fitness_in_adolescence_and_risk_of_coronary_heart_disease_in_middle_age>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BERKOW, R.; FLETCHER, A. J. **Manual Merck de Medicina**. 16. ed: São Paulo: Roca, 1995.

BIFFI, M.; GRANATO, T. M. M. Projeto de Ter Filhos: Uma Revisão da Literatura Científica Nacional e Internacional. **Rev. Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 207-220, 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n1/v25n1a14.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

BISQUERRA, R; SARRIERA, J. C.; MARTINEZ, F. **Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Rev. Paraense de Medicina**, Belém, v. 20, n. 4, p. 5, out./dez., 2006. Disponível em:< <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpm/v20n4/v20n4a01.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

BOTEGA, N. J. et al. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 285-289, jun.1998. Disponível em:< <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/psi-3395>>. Acesso em: 04 mar. 2018.

BRADY, S. et al. Pre-coronary artery bypass graft measures and enrollment in cardiac rehabilitation. **J Cardiopulm Rehabil**, Toronto, v. 25, p. 343-349, 2005. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16327528>>. Acesso em: 04 mar. 2019.

BRANDBERG, Y.; ARVER, B.; LINDBLOM, A. Preoperative psychological reactions and quality of life among women with an increased risk of breast cancer who are considering a prophylactic mastectomy. **Eur. J. Cancer**, Stockholm, v. 40, n.3, p. 365-374, 2004. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14746854>>. Acesso em: 04 mar. 2019.

BRANDEN, N. **Autoestima: como aprender a gostar de si mesmo**. São Paulo: Saraiva, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 01 mar. 2018.

CABRAL, L. C. C. et al. A percepção dos pacientes hemodialíticos frente à fístula arteriovenosa. **Rev Interdisc**, Teresina, v. 6, n. 2, p. 15-25, 2013. Disponível em:< https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/43/pdf_44>. Acesso em: 25 ago. 2019.

CABRERA, C. C; SPONHOLZ, A. Ansiedade e Insônia. *In*: AUTOR BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CAMPOS, C. J. G; TURATO, E. R. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. **Rev. Bras. Enferm**, v. 63, n. 5, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/17.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2019.

- CANIELES, I. M. et al. Rede de apoio a mulher mastectomizada. **Rev Enferm UFSM**, Mato Grosso do Sul, v. 4, n. 2, p. 450-458, 2014. Disponível em:< <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10790/pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2019.
- CARDOSO, L. B. SADE, P. M. C. O enfermeiro frente ao processo de resiliência do paciente em tratamento hemodialítico. **Rev. Eletronica Faculdade Evangélica do Paraná**, Paraná, v. 2, n. 1 p. 2-10, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0147.pdf>>> Acesso em: 09 ago. 2019.
- CARNEIRO, T. C. et al. Vivencias de adolescente e jovens diagnosticados com doença renal crônica. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 16, n. 57, p. 24-29, 2018. Disponível em:< <http://10.13037/ras.vol16n57.5157> ISSN 2359-4330>. Acesso em: 29 ago. 2019.
- CARVALHO, I. G. et al. Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. **Rev.Latino-Am.Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.24, e.2836, 2016. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1405.2836>>. Acesso em: 10 ago. 2019.
- CARVALHO, L. A. BORGES B. L.C. Complicações com acesso venoso para hemodiálise em um hospital de Dourados- MS. **Rev. Interbio**, Dourados, v. 4, n. 2, 2010. Disponível em:<https://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anteriores/vol4_num2/arquivos/artigo1.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2019.
- CARVALHO, R. et al. Níveis de ansiedade de alunos de graduação em enfermagem frente à primeira instrumentação cirúrgica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 918-923, 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n6/v12n6a11.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2018.
- CASTILLO, A. R. G. et al. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 20-23, 2000. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3791.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2018.
- CAVALCANTE, M. C. V. et al. Portadores de doença renal crônica em fase produtiva: percepção sobre limitações resultantes do adoecimento. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 24, n. 4, p. 484-492, 2015. Disponível em:< <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1861>. DOI: 10.5935/2238-3182.20150112>. Acesso em: 10 ago. 2019.
- CEBALLOS- OSPINO, G. A. et al. Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. **Pensamiento Psicológico**, Santiago de Cali, v. 15, n. 2, p. 29-39, 2017. Disponível em: < <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/1463/2261>>. Acesso em: 04 ago. 2019.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Pretence Hall, 2002. p. 48.

CESARINO, C. B.; CASAGRANDE, L. D. R. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 31-40, 1998. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13873>>. Acesso em: 17 mar. 2018.

CHAN, R. et al. Studying psychosocial adaptation to endstage renal disease: The proximal-distal model of health-related outcomes as a base model. **Journal of Psychosomatic Research**, Europa, v. 70, n. 5, p. 455-464, 2011. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21511076>>. Acesso em: 29 abr. 2018.

CHAVES, E. C. L. et al. Associação do bem-estar espiritual e autoestima em pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Rev Psicologia Reflexão e Crítica**. Rio Grande do Sul, v.28, n. 4, p. 737-743. 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-79722015000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 ago.2019.

CLAUDINO, J. CORDEIRO, R. Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de Licenciatura em enfermagem O caso particular dos alunos da Escola superior de saúde de Porto Alegre. **Journal Education, Techonogies and health**, Portugal, v. 11, n. 3, 2016. Disponível em:< <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8403>>. Acesso em: 30 ago. 2019.

COITINHO, D. et al. Complicaciones en la hemodiálisis y evaluación de la salud de los pacientes renales crónicos. **Rev. Av. Enferm**, Bogotá, v. 33, n. 03, p. 362-371, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n3/v33n3a04.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2019.

COLLISTER, D., et al. Single questions for the screening of anxiety and depression in hemodialysis. **Journal Canadlan of Kidney Health and disease**. Canadá, v. 6, p.1-7, 2019. Disponível em:< <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2054358118825441>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

COMIN, F. S. et al. Fatores associados ao bem-estar subjetivo em pessoas casadas e solteiras. **Rev. Estud. Psicol. Campinas**, Campinas. v. 33, n. 2, 2016. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000200313&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 20 ago. 2019.

COSTA, E. E. et al. Padrão de uso de álcool e outras drogas por trabalhadores de obras públicas. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 1, p. 76-81, jan./abr. 2013. Disponível em: < <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6385/6789>>. Acesso em: 21 jul. 2019.

COSTA, F. G. COUTINHO, M. P. L. SANTANA, I. O. Insuficiência renal crônica: representações sociais de pacientes com e sem depressão. **Rev. Psico-USF**. Bragança Paulista, v. 19, n. 3, p. 387-298, set/dez. 2014. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712014019003002>>. Acesso em: 30 ago. 2019.

CRUZ, M. R. F. et al. Descoberta da doença renal crônica e o cotidiano da hemodiálise. **Rev. Cienc. Cuid Saúde**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 36-43, 2016. Disponível em:<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/2539>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

CUKOR, D. et al. Course of depression and anxiety diagnosis in patients treated with hemodialysis: a 16-month follow-up. **Clin J Am Soc Nephrol**, Wahsington, v. 3, n. 1, p. 752-758, 2008. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18684897>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

DAKER, W. et al. Nondisclosure of chronic kidney disease in primary care and the limits of instrumental rationality in chronic illness self-management. **Soc sci med**, Califórnia, v. 30, p. 131-139, 2015. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25748112>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; TODD, S. I. **Manual de Diálise**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2010. Disponível em:< <https://issuu.com/guanabarakoogan/docs/daugirdas>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

DAVISON, S. N. End-of-life care preferences and needs: perceptions of patients with chronic kidney disease. **Clinical Journal of the American Society of Nephrol**, Washington, v. 5, n. 2, p. 195-204, 2010. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2827591/>> Acesso em: 10 abr. 2018.

DEBONE M. C. et al. Nursing diagnosis in older adults with chronic kidney disease on hemodialysis. **Rev. Bras. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 4, p. 800-805, 2017. Disponível em:< https://www.researchgate.net/publication/318998784_Nursing_diagnosis_in_older_adults_with_chronic_kidney_disease_on_hemodialysis> Acesso em: 05 mar. 2018.

DIAS, D. R. et al. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença renal crônica em programa de hemodiálise: um estudo transversal. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, São Paulo, v. 60, p. 65-71, 2015. Disponível em:<<http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/152/161>>. Acesso em: 11. Ago. 2019

DIMENSTEIN, M. et al. Uso abusivo de álcool e outras drogas entre trabalhadores do sistema prisional. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Brasília, v. 17, n. 1, p. 62-70, mar. 2017. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572017000100008>. Acesso em: 20 jul. 2019.

DINI, G. M. **Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg**. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: < <http://www.rbc.org.br/details/322/pt-BR/adaptacao-cultural-e-validacao-da-versao-brasileira-da-escala-de-auto-estima-de-rosenberg>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

DINI, G. M.; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de autoestima de Rosenberg. **Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 41-52, 2004. Disponível em: < <http://www.rbc.org.br/details/322/pt-BR/adaptacao-cultural-e-validacao-da-versao-brasileira-da-escala-de-auto-estima-de-rosenberg>> Acesso em: 01 mar.2018.

DINIZ, D. P. et al. Eventos vitais estressores e lesão renal aguda. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 50- 57, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n1/a08v34n1.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

DSM-5 - **MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS**. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.

DURSTINE, J. L. et al. Chronic disease and the link to physical activity. **Journal of Sport and Health Science**, Xangai, v. 2, p. 3-11, 2013. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095254612000701?via%3Dihub>>. Acesso em: 17 jul. 2019.

DYNIWICZ, A. M., ZANELLA, E., KOBUS, L. S. G. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: A história oral como estratégia de pesquisa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 6, n. 2, p. 199-212, 2004. Disponível em: < https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/Orig7_narrativa.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

ELIHIMAS JÚNIOR, U. F et al. Tabagismo como fator de risco para a doença renal crônica: revisão sistemática. **J. Bras. Nefrol**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 519-528, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n4/0101-2800-jbn-36-04-0519.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2019.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life assessment, analysis and interpretation**. England: John Wiley e Sons Ltda, 2000.

FELDMAN, R. S. **Introdução à psicologia**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

FERMI, Marcia Regina Valenti. **Diálise para enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FERNANDES, M. A. et al. Prevalência de transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. **Rev. Bras. Enferm**, São Paulo, v. 71, n. 5, p. 2344-2351, 2018. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102213&tlng=en. Acesso em: 03 set. 2019.

FERREIRA, C. et al. Avaliação de esperança e resiliência em pessoas em tratamento hemodialítico. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Catarina, v. 8, n. 4, p. 702-716, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/30592/pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2019.

FERREIRA, E. C. et al. Self-esteem and health-related quality of life in ostomized patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 271-278, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000200271&script=sci_abstract>. Acesso em: 29 jul. 2019.

FERREIRA, R. C.; SILVA, F. C. R. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicas em hemodiálise na Região de Marília, São Paulo. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 129-135, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000200003> Acesso em: 30 mar. 2018.

FERREIRA, V; NETO, M. M; CARDEAL, C. J. A. Association of Infections with the Use of a Temporary Double-Lumen Catheter for Hemodialysis. **J. Nephrol Nurs**, Nova Jérsei, v. 45, n. 3, p. 261-267, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30304619>>. Acesso em: 03 set. 2019.

FORMIGA, N. S. et al. Transtorno no uso do álcool e autoestima: verificação de um modelo empírico em diferentes grupos sociais. **Rev. Mudanças- Psicologia da saúde**, São Paulo, v. 22, n. 1, jan-jun. 2014. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/4075>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. **Fundamentos de epidemiologia**. Barueri: Manole, 2005. p. 380.

FRAZÃO, C. M. F. et al. Alterações no modo do autoconceito de mulheres submetidas à hemodiálise: um estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 219-226. 2014. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/4209/html_126>. Acesso em: 28 ago. 2019.

FREITAS, E. B.; BASSOLI, F. A.; VANELLI, C. P. Perfil sociodemográfico de indivíduos com doença renal crônica em tratamento hemodialítico em clínica de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Rev. HU**, Juiz de Fora, v. 39, n. 1 e 2, p. 45-51, jan/jun. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2023>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

FREITAS, R. L. S. MENDONÇA, A. E. O. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. **Rev. Cultural, e científica UNIFACEX**. Capim Macio.

V. 14, n. 2. 2016. Disponível em:< <https://studylibpt.com/doc/1207378/cuidados-de-enfermagem-ao-paciente-renal-cr%C3%B4nico>. Acesso em: 07 ago. 2019.

FRITSCH, R. et al., Atividade física, de lazer e avaliação da saúde na perspectiva de usuários em hemodiálise. **Rev. Pesquisa cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 3263-3273, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750948011>>. Acesso em: 08 jul. 2019.

FUREGATO, A. R. et. al. Depressão e auto-estima entre acadêmicos de enfermagem. **Rev Psiq Clín**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 239-244, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n5/a03v33n5.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

FURTADO, A. M.; LIMA, F. E. T. Autocuidado dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica com a fístula artério-venosa. **Rev. gauch. Enferm**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 532-538, dez. 2006. Disponível em:< <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4638/2554>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

GALDEANO, L. E. Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento. **Rev. Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 4, 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400003>. Acesso em: 06 mar. 2018.

GARCIA, L. P.; FREITAS, R. S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 227-237, 2015. Brasília. Disponível em:< <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200005>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

GEROGIANNI, G. et al. Anxiety- Depression of dialysis patients and their caregivers. **Rev. MDPI**. Suíça, v. 55, n. 5, 2019. Disponível em:< <https://doi.org/10.3390/medicina55050168>>. Acesso em: 29 ago. 2019.

GESUALDO, G. D. et al. Fatores associados à fragilidade de idosos com doença renal crônica em hemodiálise. **Rev. Cien.Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, 2016. Disponível em:< <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n11/3493-3498/pt/#>>. Acesso em: 03 jul. 2019.

GOH, Z. S. GRIVA, K. Anxiety and depression in patients with end-stage renal impact and management challenges – a narrative review. **J. Nephrol Renovasc Dis**, v. 11, p. 93-112. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5856029/>>. Acesso em: 01 set. 2019.

GOMES, N. S.; SILVA, S. R. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncologia mamária. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 509, p. 16-23, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a29.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

GOMES, T; BEZERRA, S. M. M. S. Validade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Enfermagem Brasil**, São José do Rio Preto, v. 17, n. 3, p. 273-278, 2018. Disponível em:< https://www.researchgate.net/publication/329845570_Validade_da_Escala_Hospitalar_de_Ansiedade_e_Depressao_no_periodo_preoperatorio_de_cirurgia_cardiaca/link/5cef30474585153c3da53ec0/download>. Acesso em: 09 ago. 2019.

GONDIM, S. M. G. et al. Evidências de Validação de uma Medida de Características Pessoais de Regulação das Emoções. **Rev. Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 659-667, out./dez. 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/prc/v28n4/0102-7972-prc-28-04-00659.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

GONZALEZ, C. M.; TEIXEIRA, M. L. O.; BRANCO, E. M. S. C. Cuidado educativo compartilhado: estratégia de ação da enfermagem junto a usuários com insuficiência renal crônica. **Rev. baiana de enfermagem**, Bahia, v. 31, n. 3, e17536, 2017. Disponível em:< <https://pesquisa.bvsalu.org/portal/resource/pt/biblio-897480>. Acesso em: 27 ago. 2019.

GOYAL, E. CHAUDHURY, S. SALDANHA, D. Psychiatric comorbidity in patients undergoing hemodialysis. **Industrial Psychiatry Journal**, USA, v.27, n. 2, p. 206-212, 2018. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6592213/>>. Acesso em: 05 ago. 2019.

GRASSELLI, C. S. M. et al. Nutrition, self-esteem and body image of women with chronic renal failure on hemodialysis. **Rev. Nutr. Clín. diet. Hosp**, Colombia, v, 36, n. 4, p. 41-47, 2016. Disponível em:< <https://revista.nutricion.org/pdf/grasselli.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2019.

GUERREIRO, V. G.; ALVARADO, O. S.; ESPINA, M. C. Qualidade de vida das pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e de laboratório. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 5, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_04.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2019.

GUILLERMIN, F.; BOMBARDIER, B. Cross-cultural adaptation of health-related of life. **Epidemiology**, Ottawa, v. 46, n. 12, p. 1471-83, 1993.

GUIMARÃES, A. M. V. et al. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência sobre as fobias específicas e a importância da ajuda psicológica. **Rev. Semina**, Londrina, v. 3, n. 1, p. 115-128, 2015. Disponível em:< <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/2611/1497>>. Acesso em: 01 set. 2019.

GUZZO, F; BOING, E; NARDI, A. L. Da paralisação dos rins ao movimento da vida: percepções de pessoas em tratamento de hemodiálise. **Rev. Da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 23, n. 1, p. 22-31, 2017. Disponível em:<

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672017000100004> Acesso em: 04 set. 2019.

HEMATI, Z. KIANI, D. The Relationship between self-esteem and quality of life of patients with idiopathic thrombocytopenic purpura at Isfahan's Sayed Alshohada Hospital. **J Hematol Oncol Stem Cell Res**, v. 10, n. 2, p. 79-84, 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27252807>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

HERRMANN, C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale a review of validation data and clinical results. **J. Psychosom Res**, Göttingen, v. 42, n. 1, p.17-42, jan. 1997. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9055211>>. Acesso em: 04 abr. 2018.

HIGA, K. et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. especial, p. 203-206, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a12v21ns>>. Acesso em: 04 abr. 2018.

HILL, A. J. Obesity in children and the 'myth of psychological maladjustment': self-esteem in the spotlight. **Curr Obes Rep**, v. 6, n. 1, p. 63-70, 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1007/s13679-017-0246-y>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

HUTZ, C.S. **Adaptação brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg**. 2000. 132 f. (Especialização em Psicologia do Desenvolvimento). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

HUTZ, C.S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 41-49, 2011. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v10n1/v10n1a05.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 215p, 2012. Disponível em: < https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.

IBGE- **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. **Agência IBGE notícias 2018: projeção da população 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: < <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Densidade demográfica da cidade de Poços de Caldas**. Poços de Caldas, 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pocos-de-caldas/panorama>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Mudança Demográfica no Brasil e no Início do Século XXI**. Subsídios para as Projeções da População. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:

<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>> Acesso em: 10 maio 2018.

IBIAPINA, A. R. S. et al. Aspectos psicossociais do paciente renal crônico em terapia hemodialítica. **Rev. Sanare**, Sobral, v.15, n. 01, p. 25-31, 2016. Disponível em:< <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article>>. Acesso em: 10 set. 2019.

JACOBOWSKI, J. A. D.; BORELLA, R.; LAUTERT, L. Pacientes com insuficiência renal crônica: causas de saída do programa de diálise peritoneal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 381-389, 2005. Disponível em:< <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4568/2495>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

JAVANMARD, G. H. MOHAMMADI, G. R. The Study of Relationship Between Marital Satisfaction and Personality Characteristics In Iranian Families. **Social and Behavioral Sciences**, Iran, v. 84, n. 4, 2013. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042813016406>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

JESUS, N. M. et al. Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **J. Bras. Nefrol**, São Paulo, v.41, n. 3, 2019. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002019005004104&tlng=en. Acesso em: 29 ago. 2019.

KABAK, S. et al. Functional outcome of open reduction and internal fixation for completely unstable pelvic ring fractures (type C): a report of 40 cases. **J. Orthop. Trauma**, Kayseri, v. 17, n. 8, p. 555-562, set. 2003. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4504576>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

KAPLAN, H. I; SADOCK, B. J; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KAPTEIN, A. A. et al. Behavioral research in patients with end-stage renal disease: A review and research agenda. **Patient Education and Counseling**, Leiden, v. 81, n. 1, p. 23-29, 2010. Disponível em:< [https://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(09\)00521-7/fulltext](https://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(09)00521-7/fulltext)>. Acesso em: 03 mar. 2018.

KEEDWELL, P; SNAITH, R. P What do Anxiety Scale Measure? **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Singapore, v. 93, p. 170-180, 1996. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8739662>>. Acesso em: 04 maio 2018.

KIRCHNER, R. M. et al. Análise do estilo de vida de renais crônicos em hemodiálise. **Rev. O mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 415-421, 2011. Disponível em:< http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/88/07_AnalisedoEstilodevida.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

KLISZCZ, J. et al. The level of anxiety, depression and aggression in nurses and their life and job satisfaction. **Med Pr**, Gdynia, v. 55, n. 6, p. 461-468, 2004. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15887514>>. Acesso em: 09 set. 2019.

KRUGER, A. P. et al. Avaliação da saúde na relação com o tempo de diagnóstico e hemodiálise por pacientes renais crônicos. **Rev. Enf. UFPE online**, Recife, v. 7, n. 10, p. 5976-5984, out, 2013. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

LAUDANSKI, K; NOWAK, Z; NIEMCZYK, S. Age-related differences in the quality of life in end-stage renal disease in patients enrolled in hemodialysis or continuous peritoneal dialysi. **Med. Science.Monit**, Washington, v. 19, n. 1, p. 378-385, 2013. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23685340>>. Acesso em: 04 set. 2019.

LEE, G.; SHEHAN, C. L. Social relations and the selfesteem of older persons. **Reserch on Aging**, Durhan, v. 11, n. 4, p. 427-442, 1989. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2623355>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

LEIMIG, M. B. C. et al. Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e esperança em pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 30-36, 2018. Disponível em:< http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/884990/dezesseis_trinta.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2019.

LEITE, D. S. et. al. Repercussões vasculares do uso de CDL em pacientes hemodialítico: análise ecográfica dos sítios de inserção. **Sociedade Brasileira de Nefrologia**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 320-324, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n3/0101-2800-jbn-36-03-0320.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2018.

LEITE, J. F. et al. Sentidos da saúde numa perspectiva de gênero: um estudo com homens da cidade de Natal/RN. **Psicol ciênc prof**, Brasília, v. 36, n. 2, p. 341-353, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n2/1982-3703-pcp-36-2-0341.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2019.

LEITE, M. A. C.; NOGUEIRA, D. A.; TERRA, F. S. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 1082-1090, 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01082.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2019.

LEMO, C. F; RODRIGUES, M. P; VEIGA, J. R. P. Family income is associated with quality of life in patients with chronic kidney disease in the pre-dialysis phase: a cross sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, Boston, v. 13, p. 03-09, 2015. Disponível em:< <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0390-6>>. Acesso em: 10 set. 2019.

LEPPIN, A. L. et al. The efficacy of resilience training programs: a systematic review protocol. **Systematic Reviews**, Austrália, v. 3, n. 20, 2014. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24602236>>. Acesso em: 05 ago. 2019.

LEYRO, T. M.; ZVOLENSKY, M. J.; BERNSTEIN, A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 136, p. 576-600, 2010. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20565169>>. Acesso em: 20 set. 2019.

LIMA A. F. C., GUALDA D. M. R. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 235-241, 2001. Disponível em:< <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/595.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

LIMA, B. V. B. G. et al. Avaliação da ansiedade e da autoestima em concluintes do curso de graduação de enfermagem. **Rev. UFPE**. Pernambuco. v. 11, n. 11, p. 4326-4333, 2017. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/enfermagem/article/download/13440/24687>. Acesso em: 13 ago. 2019.

LIMA, S. E.; LIMA JÚNIOR, J. O imaginário dos pacientes acerca da doença renal crônica. **Rev. Multidisciplinar e psicologia**, São Paulo, v. 9, n. 27, p. 82-97, 2015. Disponível em:< <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/347>> Acesso em: 09 set. 2019.

LOPES, J. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 27, n. 3, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0230.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2019.

LOPES, K. C. S. P; SANTOS, W. L. Transtornos de ansiedade. **Revista Inic. Cient. e Ext**, v.1, n. 1, p. 45-50, 2018. Disponível em:< <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/47>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

LUCHESE, R. et al. Prevalence of common mental disorders in primary health care. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v, 27, n. 3, p. 200-207, 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300200&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 01 set. 2019.

MACELLARO, M. et al. Prevalência de episódios ansiosos e depressivos em hospital geral. **Diversitates Int J**, Niterói- Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-69, 2018. Disponível em:< <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/245>>. Acesso em: 29 ago. 2019.

MACHADO, G. R. G., PINHATI, F. R. Tratamento de diálise em pacientes com

insuficiência renal crônica. **Rev. UNIFOA**, Volta Redonda, v. 9, n. 26, p. 1-12, 2014. Disponível em: <
<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/193/369>>
Acesso em: 05 mar. 2018.

MACHADO, L. R. C.; CAR, M. R. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. **Revista de Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 27-35, 2003. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/04.pdf>>. Acesso em: 10. Abr. 2018.

MACIEL, C. G. et al. Adesão ao tratamento hemodialítico: percepção dos pacientes renais crônicos. **Rev. Cogitare Enferm**, Paraná, v. 20, n. 3, p. 540-547, 2015. Disponível em:< <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41112>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

MADALOSSO, F. D.; MARIOTTI, M. C. Terapia Ocupacional e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Cad.Ter.Ocup.** UFSCAR, São Carlos- SP. v. 21, n. 3, p. 511-520, 2013. Disponível em:<
<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2013.053>>. Acesso em: 29 ago. 2019.

MADEIRO, A. C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 546-551, 2010. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000400016> >. Acesso em: 26 maio 2018.

MALDONADO, R. M. et al. Autoestima, autoeficácia percebida, consumo de tabaco e álcool entre estudantes do ensino fundamental, das áreas urbana e rural, de Monterrey, Nuevo León, México. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000700018&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso e. 25 ago. 2019 .

MARCOLINO, J. A. M. et al. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo de de Critério e da Confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Rev. Bras. Anestesiologia**, Campinas, v. 1, n. 57, p. 52-62, jan./fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rba/v57n1/06.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

MARIUTTI, M. G. **Associações do aborto com a depressão, autoestima e resiliência**. 2010. 122 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em:
<www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde.../MarianaGondimMariutti.pdf>
Acesso em: 30 abr. 2018.

MARQUES, V. R. et al. Avaliação da intensidade da dor de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Rev Dor**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 96-100, abr./jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000200096> Acesso em: 10 abr. 2018.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MECCA, A. A.; SMELSER, N. J.; VASCONCELLOS, J. **The social importance of self-esteem**. Berkeley. CA: University of California Press, 1989. Disponível em: <<https://www.ucpress.edu/book/9780520067097/the-social-importance-of-self-esteem>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

MEDEIROS, R. C. et al. Perfil epidemiológico de pacientes em tratamento hemodialítico. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 9, n. 11, p. 9846-9852, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10777/11921>>. Acesso em: 01 set. 2019.

MELEIROS, A. M. A. S. **O médico como paciente**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

MELLO, M. V. F. A et al. Panorama da doença renal terminal em um estado da Amazônia Brasileira. **Rev. Min. Enferm**, Belo Horizonte, v. 21, e-994. p. 01-07, 2017. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1130>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

MELO, W. F.; BEZERRA, A. L. D.; SOUSA, M. N. A. Perfil epidemiológico de pacientes com insuficiência renal crônica: um estudo quantitativo. **C&D Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 7, n. 2, p. 142-156, 2014. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/285/202>>. Acesso em: 9 jul. 2019.

MOLAVI, R. ALAVI, M. KESHVARI, M. Relationship between general health of folder health service users and their self-esteem. **J.Nurs.Midwifery**, Isfahan, v.20, n.6, p. 717-722, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26793259>>. Acesso em: 07 ago. 2019.

MOLLER, L. A. M. Gender differences in CVD and depression. **Dialogues Clin Neurosci**, v. 9, p. 71-83, 2007. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181845/pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

MOURA, J. A. et al. Prevalence of psychiatric disorders in patients in hemodialysis in the state of Bahia. **J Bras Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 15, p. 178-83, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n3/02.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2018.

MOURA, L. et al. Prevalência de autorrelato de diagnóstico médico de doença renal crônica no Brasil: pesquisa nacional de saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 2, p. 181- 191, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00181.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2019.

MURRAY, P. D. et al. Impact of End- Stage Kidney Disease on Academic Achievement and Employment in Young Adults: A mixed methods study. **J. Adolesc. Health**, v. 55, n. 4, p. 505-512, 2014. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24845867>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

NANDA International. **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA**: definições e classificação. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. Disponível em:< <http://www.unipacgv.com.br/capa/wp-content/uploads/2017/10/NANDA-2015-2017-EBOOK-1-1.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2018.

NASCIMENTO, C. D.; MARQUES, I. R. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. **Rev. Bras. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 58, p. 719-22, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a17v58n6.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

NASCIMENTO, F. A. F. Uma contribuição às reflexões sobre os aspectos emocionais e o papel do psicólogo na Hemodiálise. **Revista SBPH**, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 16, p. 70-87, 2013. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100005> Acesso em: 4 mar. 2018.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. **Am J Kidney Dis**, Nova York, v. 39, p. 1-356, 2002, New York Disponível em:< https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2018.

NEGRI, E. C. et al. Qualidade de vida do paciente com insuficiência renal crônica submetido à hemodiálise. **Rev. Colloq Vitae**, Presidente Prudente, v. 8, n. 2, p. 32-36, 2016. Disponível em:< <http://journal.unoeste.br/index.php/cv/article/view/1666/2385>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

NEPOMUCENO, F. C. L. et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes renais crônicos na hemodiálise. **Rev. Rede Unida**, Porto Alegre, v. 2, n. 3, 2015. Disponível em:< <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/432>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

NGUYEN, D. T. et al. Low Self-Esteem and Its Association With Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation in Vietnamese Secondary School Students: A Cross-Sectional Study. **Rev. Front. Psychiatry**, Amsterdã, v. 10, 2019. Disponível em:< <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00698/full>>. Acesso em: 06 nov. 2019.

NIFA, S.; RUDNICKI, T. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. **Revista da SBPH**, v. 13, n. 1, p. 64-75, 2010. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a06.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

NUNES, F. A. et al. Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 78-84, jan./mar. 2014. Disponível em:< <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/527>>. Acesso em: 10 set. 2019.

OLIVEIRA JÚNIOR, H. M. O. FORMIGA, F. F. C. ALEXANDRE, C. S. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em programa crônico de hemodiálise em João Pessoa- PB. **Jornal. Brasl. Nefrol**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 367-374, 2014. São Paulo. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n3/0101-2800-jbn-36-03-0367.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2019.

OLIVEIRA, E. S. et al. O processo de morte e morrer na percepção de acadêmicos de enfermagem. **Rev. UFPE online**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1709-1716, maio. 2016. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13546/16319>. Acesso em: 31 maio 2019.

OLIVEIRA, K. et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em uti neonatal. **Esc. Ana Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 46-53, jan./mar. 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100007>. Acesso em: 10 ago. 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. v. 1. p. 5. Disponível em:< <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 25 maio 2018.

OTTAVIANI, A. C. et al. Esperança e espiritualidade de pacientes renais crônicos em hemodiálise: estudo correlacional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 248-254, mar/abr. 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00248.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2019.

PANOBIANCO, M. S. et al. Qualidade de vida de mulheres com linfedema após cirurgia por câncer de mama. **Rev. Rene**. Ceará. v. 15, n. 2, p. 206-213, 2014. Disponível em:< <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3122/2396>>. Acesso em: 25 ago. 2019.

PARK, I. J. et al. The Relationships of Self-Esteem, Future Time Perspective, Positive Affect, Social Support, and Career Decision: A Longitudinal Multilevel Study. **Rev. Front Psychol**, v. 26, n. 9, p. 514, 2018. Disponível em:< <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00514/full>. Acesso em: 15 jun. 2018.

PAWLINA, M, M, C. et al. Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo. **J Bras Pneumol**, São Paulo,

v. 41, n. 5, p. 433-439, 2015. Disponível em:<
http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n5/pt_1806-3713-jbpneu-41-05-00433.pdf>.
Acesso em: 20 ago. 2019.

PEREIRA, A. S. et al. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3767-3777, 2018. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018001103767&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 nov. 2019.

PEREIRA, E. R. S. Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia da Saúde da Família. **Rev.J. Bras. Nefrol**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 22-30, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n1/0101-2800-jbn-38-01-0022.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2019.

PEREIRA, R. J. et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2907-2917, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/28.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2019.

PEROVANO, D.G. **Manual de metodologia científica para a segurança pública e defesa social**. Curitiba: Juruá, 2014.

PERSCH, O., DANI, D. M. **Transplante renal intervivo: Um olhar psicológico**. Caderno de Ciências Biológicas e da Saúde, v. 1, 2013. Disponível em:
<http://200.230.184.11/ojs/index.php/CCBS/article/view>. Acesso em: 27 jun. 2018.

PESSOA, N. R. C., LINHARES, F. M. P. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.73-79, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0073.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

PINTO, N. A. J.; CAVESTRO, J.; FERREIRA, W. Prevalência de transtorno de ansiedade generalizada em estudantes de medicina. **Rev. Interdisciplinar ciências médicas**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 36-43, 2018. Disponível em:<
<http://revista.fcmmg.br/ojs/index.php/ricm/article/view/111>>. Acesso em: 30 ago. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre : Artmed, 2011.

POMPEO, D. A. et al. Autoestima de pacientes com doença arterial coronariana. **Rev. Rede de Enferm. do Nordeste**, Ceará, v. 18, n. 6, 2017. Disponível em: <
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324054583002>>. Acesso em: 30 ago. 2019.

POORGHOLAMI, F. et al. Effectiveness of self-care education on the enhancement of the self-esteem of patients undergoing hemodialysis. **Rev. Global Journal of Health Science**, v.8, n. 2, 2016. Disponível em: <

<https://pdfs.semanticscholar.org/d158/36979548152702adfcfb9d03f7bc4b5c6161.pdf>
>. Acesso em 30 ago. 2019.

QUINTANA, A. M.; WEISSHEIRMER, T. K. S.; HERMANN, C. Atribuições de significados ao transplante renal. **Rev. Psico**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 23-30, 2011. Disponível em:< <https://core.ac.uk/download/pdf/25529869.pdf>>. Acesso em: 31 julho de 2018.

RAHNAMA, P. et al. Does religious coping and spirituality have a moderating role on depression and anxiety in patients with spinal cord injury? A study from Iran. **Spinal Cord**, Houndmills, v. 53, p. 870-874, 2015. Disponível em:
<<http://www.nature.com/sc/journal/v53/n12/full/sc2015102a.html?foxtrotcallback=true>>.
>. Acesso em: 18 jun. 2019.

RAMOS, R. T. **Transtorno de ansiedade: investigação da adesão à terapêutica medicamentosa**. 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, USPRP, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em:<
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-03022015-162019/pt-br.php>>
Acesso em: 01 jun. 2018.

REBOUÇAS JÚNIOR, F. G. GALDINO, M. S. SOUSA, M. L. T. Acolhimento multiprofissional à pessoa com hipertensão e diabetes: potencializando o cuidado. **Rev. Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v. 8, n. 2, p. 248-253, 2013. Disponível em: < http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/Volume8%20n2/PPP%208_2%20Art_%2012.pdf>.
Acesso em: 07 ago. 2019.

REINAS, C. A; NUNES, G. O.; MATTOS, M. O autocuidado com a fístula arteriovenosa realizado pelos doentes renais crônicos da região sul de Mato Grosso. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 505-519, 2012. Disponível em:< <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/24295/17363>>.
Acesso em: 08 mar. 2018.

RESENDE, M. C. et al. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. **Rev. Ciências e cognição**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 164-177, 2007. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000100015>. Acesso em: 20 ago. 2019.

RIBEIRO, E. A. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais**, Araxá, n. 04, p.129-148, maio. 2008. Disponível em: <
<http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/evidencia/article/view/328/310>>. Acesso em: 10 set. 2018.

RICCIO, G. M. G. E. et al. Validação de instrumento de levantamento de dados para a formulação de diagnósticos de enfermagem. **Revista Sociedade Cardiologia**, São Paulo, v. 5, n. 3, Supla, p. 1-16, maio/jun. 1995.

ROCHA, G. V. M. **Análise da relação entre práticas parentais e o autoconceito de pré-escolares**. 2002. 96f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia da Infância e da Adolescência, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2002.

ROCHA, G. V. M; INGBERMAN, Y. K. BREUS, B. Análise da relação entre práticas parentais e o autoconceito de pré-escolares. **Rev. Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 87-106, 2011. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v13n1/v13n1a07.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Patterns of alcohol and drug consumption in health care professionals: a portrait of students of lato sensu courses in a public institution. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Droga**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 41-48, jan/mar. 2015. Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/98750/97304>>. Acesso em: 20 de jun. 2019.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press, 1965.

SALERNO, M. C. et al. Autoestima de idosos comunitários e fatores associados: estudo de base populacional. **Rev. Cogitare Enferm**, Paraná, v. 20, n. 4, 2015. Disponível em:< <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/41895-166916-1-PB.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2019.

SALIMENA, A. M. O. et al. Sentimentos da pessoa em hemodiálise: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. Centro Oeste Mineiro**, São João Del Rei, v. 8, e2578, 2018. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.2578>> Acesso em: 30 ago. 2019.

SANTA CASA DE POÇOS DE CALDAS – **Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas**. Disponível em: < <http://santacasapc.com.br/sc/h/>> Acesso em: 22 mar. 2018.

SANTANA, S. S., FONTENELLE, T., MAGALHÃES, L. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 6, n. 3, p. 1-11, 2013. Disponível em:< <https://assets.itpac.br/arquivos/Revista/63/5.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

SANTOS, A. C. M., NAKASU M. V. P Prevalência de sintomas de estresse e depressão em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em um hospital escola do sul de Minas Gerais. **Revista Ciências em Saúde**, Itajubá, v. 7, n. 2, 2017. Disponível em:< https://www.researchgate.net/publication/318034294_Prevalencia_de_sintomas_de_estresse_e_depressao_em_pacientes_renais_cronicos_submetidos_a_hemodialise>

em_um_hospital_escola_do_sul_de_Minas_Gerais_Prevalence_of_stress_and_depression_symptoms_in_chron>. Acesso em: 20 abr. 2018.

SANTOS, B. P. et.al. Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 42, n.1, p. 8-14, 2017. Disponível em:< <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/viewFile/943/755>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

SANTOS, J. P. L, et al. Cuidados de suporte renal y cuidados paliativos renales: Revision y propouesta en terapia renal substitutiva. **Rev. Nefrologia**, Espanha, v. 32, n. 1, p. 20-27, 2012. Disponível em:< <https://www.revistanefrologia.com/es-cuidados-soporte-renal-cuidados-paliativos-articulo-X0211699512000581>> Acesso em: 05 mar.2018.

SANTOS, K. K et al. Perfil epidemiológico de pacientes renais crônicos em tratamento. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 12, n. 9, p. 2293-2300, set, 2018. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234508/29894>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

SANTOS, L. C. S. FARO. A. Relações entre autoestima e sentido de vida: estudo com amostragem domiciliar em Aracaju. **Rev. Clínica e cultura** Aracaju, v. 4, n. II, p. 54-69, 2015. Disponível em:< <https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/1915/1/AutoestimaSentidoVidaAracaju.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

SANTOS, S. V. M. et al. Work accidents and self-esteem of nursing professional in hospital settings. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. 8 telas, abr. 2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100328&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 ago. 2019.

SARDINHA, A.; FALCONE, E. M. O.; FERREIRA, M. C. As relações entre a satisfação conjugal e as habilidades sociais percebidas no cônjuge. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 395-402, jul./set. 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722009000300013&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 30 ago. 2019.

SBICIGO, J. B; BANDEIRA, D. R; DELL'AGLIO, D. D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. **Psico USF**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 395-340, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v15n3/v15n3a12.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

SCHIEMAN, S.; CAMPBELL, J. E. Age variations in personal agency and self-esteem: the context of physical disability. **Journal of Aging and Health**, London, v. 13, n. 2, p. 155-185, 2001. Disponível em:<<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089826430101300201>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

SCHULTHEISZ, T. D. de V.; APRILE, M. R. Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, São Paulo, v.5, n.1, p. 36-48, 2013. Disponível em:< <https://www.semanticscholar.org/paper/Autoestima%2C-conceitos-correlatos-e-avalia%C3%A7%C3%A3o-Schultheisz-Aprile/ec5e1614fe0626b23162222a018339967d6fd3b7>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

SESSO, R. C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 261-266, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt_0101-2800-jbn-39-03-0261.pdf> Acesso em: 10 abril. 2018.

SHAFI, S. SHAFI, T. A comparison of anxiety and depression between pre-dialysis chronic kidney disease patients and hemodialysis patients using hospital anxiety and depression scale. **Pak J. Med. Sci**, Paquistão, v. 33, n. 4, 2017. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29067057>. Acesso em: 10. Ago. 2019.

SHU, C.; LAZATKHAN, J. Effect of leader-member exchange on employee envy and work behavior moderated by self-esteem and neuroticism. **Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones**, Madrid, v. 33, n. a, p. 69-81, abr. 2017. Disponível em:< http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622017000100069&lng=es&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 28 ago. 2017.

SILVA, A. R. et al. Perdas físicas e emocionais de pacientes renais crônicos durante o tratamento hemodialítico. **Rev. Brasileira de saúde funcional**. Cachoeira – BA. v. 2, n. 2, p. 52-65, 2014. Disponível em:< <http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF/article/view/470>>. Acesso em: 30 ago. 2019.

SILVA, D. M. et al. The body marked by the arteriovenous fistula: a phenomenological point of view. **Rev Bras Enferm**. São Paulo. v.71, n. 6, p. 2869-2875. 2019. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0898>>. Acesso em: 25 ago. 2019.

SILVA, F. et al. Terapia renal substitutiva: perfil sociodemográfico e clínico laboratorial de pacientes de um serviço de hemodiálise. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v. 11, n. 9. P. 680-685, set. 2017. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/.../2215>. Acesso em: 18 jun. 2019.

SILVA, G. S. et al. Percepção dos portadores de doença renal crônica com relação ao tratamento hemodialítico. **Rev. Intesa. Pombal**, v. 9, n. 1, p. 23-30, Jan/jun. 2015. Disponível em:< <file:///D:/Usu%C3%A1rios/Lu/Downloads/3173-10316-1-PB.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2019.

SILVA, J. M, et al. Consequências atribuídas ao transplante renal: técnica dos renais em hospital universitário e o conhecimento sobre uso de drogas imunossupressoras. **Jornal Bras. Transpl**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 748-755, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

07072015000300748&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 ago. 2019.

SILVA, R. A. R. et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Rev. Esc. Anna Nery**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 147-154, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0147.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2019.

SILVA, S. T et al. Tratamento conservador: influência sobre parâmetros clínicos de indivíduos em hemodiálise. **Rev. O mundo da saúde**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 354-364, 2013. Disponível em:< http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/tratamento_conservador_influencia_sobre_hemodialise.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2019.

SIVIERO, P.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, N. R. Doença Renal Crônica: um agravamento de proporções crescentes na população brasileira. **CEDEPLAR – Universidade Federal de Minas Gerais**, Belo Horizonte, p. 1-17, 2013. Disponível em:< <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20467.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale: Health Qual Life Outcomes. **Acta. Psychiatr. Scand**, Leeds, v. 1, n. 1, p. 29-31, ago. 2003. Disponível em:< <http://images.biomedsearch.com/12914662/1477-7525-1-29.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIBOKHYOLP4MBMRGQ&Expires=1528329600&Signature=BkksQ%2Bp8dNykFbJuD%2Frbz5es3mM%3D>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

SOUSA, M. R. G. et al. Prevalência de eventos adversos em uma unidade de hemodiálise. **Rev. Enf. UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, e.18237, 2016. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v24n6/v24n6a09.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

SOUZA, F. T. Z. OLIVEIRA, J. H. A. Sintomas depressivos e ansiosos no paciente renal crônico em tratamento conservador. **Rev. Psicologia e saúde**, Campo Grande, v. 9, n. 3, p. 17-31 set./dez. 2017. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v9n3/v9n3a02.pdf>>. Acesso em: 07. Ago. 2019.

SOWISLO, J. F. ORTH, U. Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. **Psychol Bull**, Washington, n. 139, v. 1, p. 213-240, 2013. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22730921>>. Acesso em: 06 nov. 2019.

STEIN, M. B; SARREN. J. Generalized Anxiety Disorder. **N Engl J Med**. Massachusetts. 373, p. 2059 – 2068, 2015. Disponível em:< <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1502514>>. Acesso em: 10 set. 2019.

STURESSON, A. ZIEGERT, K. Prepare the patient for future challenges when facing hemodialysis: nurses' experiences. **Int. J. Qual Stud Health Well-Being**, v. 9, p. 229-252, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3982113/>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

TAMAYO, A.; CUNHA, P. Autoconceito, sexo e frequência de atividade sexual pré-marital. **Ciência e Cultura**, Campinas, v. 35, n. 7, p.32-38, 1983.

TAVAKOL, Z. et al. Marital satisfaction through the lens of Iranian women: a qualitative study. **Pan African Medical Journal**, Nairobi, v. 8, p. 208, dez. 2016. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5326191/>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

TAVARES, D. M. S. et al. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3557-3564, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26793259> >. Acesso em: 03 ago. 2019.

TEIXEIRA, C. M. et al. Actividad física, autoestima y depresión en adultos mayores. **Cuadernos de Psicología del Deporte**, v, 16, n. 3, p. 55-66, 2016. Disponível em:< http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232016000300006>. Acesso em: 23 ago. 2019.

TELLES, T. et al. Perfil sociodemográfico, clínico e laboratorial de pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev. Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 3 maio/jun. 2014. Disponível em:< <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324031781006.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

TERRA, F. S. **Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de enfermagem de universidades pública e privada**. 2010. 260 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-16052011-160607/en.php>>. Acesso em: 04 abr. 2018.

TERRA, F. S. **Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário**. 175 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas, 2007. Disponível em: <http://tede2.unifenas.br:8080/jspui/bitstream/jspui/66/1/Dissertacao%20completa%20Fabio%20de%20Souza%20Terra.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

TERRA, F. S. et al. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 187-192, 2010. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n3/a001.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2018.

TERRA, F. S. et al. O portador de Insuficiência Renal Crônica e sua Dependência ao Tratamento Hemodialítico: compreensão fenomenológica. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 123-128, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a003.pdf>> Acesso em: 25 abr. 2018.

THOME, F. S. et al. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2017. **J. Bras. Nefrol**, São Paulo, p. 01-07, mar. 2019. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/jbn/2019nahead/pt_2175-8239-jbn-2018-0178.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2019.

TOLENTINO, T. M. et al. Modelagem estrutural e fatorial e consistência interna da escala de autoestima de Rosenberg em adolescentes brasileiros. **Rev. De Psicologia**, Fortaleza, v. 6 n. 2, p. 40-49, jul.dez. 2015. Disponível em:< <file:///D:/Usu%C3%A1rios/Lu/Downloads/2580-Texto%20do%20artigo-4692-1-10-20160329.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2019.

TOMÉ, F. S. et al. Métodos dialíticos. In: BARROS, E.; MANFRO, R. C.; TOMÉ, F. S.; (editores) et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 2. ed.Porto Alegre: Artmed, 1999.

TONELLI, M; RIELLA, M. Doença renal crônica e o envelhecimento populacional. **J. Bras. Nefrol**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 01-05, 2014. Disponível em:< <http://www.bjn.org.br/details/1612/pt-BR#B12-%202014>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

TUSEK. B; PETEK. D. Comorbidities and characteristics of coronaru heart disease patients: their impacto on health-related quality of life. **Health Qual Life Outcomes**, v. 14, n. 1, 2016. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27846850>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

ULLMAN, A.J; COOKE, M; RICKARD, C. M. Examining the role of securement and dressing products to prevent central venous access device failure: a narrative review. **J. Enfermeira Stud**, v. 20, n. 2, p. 99-110, 2015. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27222463>>. Acesso em: 01 set. 2019.

VAGE, V.; SOLHAUG, J. H.; VISTE, A. Anxiety, depression and healthrelated quality of life after jejunoileal bypass: a 25-year followup study of 20 female patients. **Obes Surg**, Oslo, v. 13, n. 5, p. 706-713, out. 2003. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14627464>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

VAINBOIM, T. B. Representação da doença e internação e níveis de ansiedade e depressão em pacientes com hipertireoidismo internados comparados a pacientes ambulatoriais. **Psicologia hospitalar**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 103-120, jul. 2005. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v3n1/v3n1a07.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2018.

VALLE, L. D. S., SOUZA, V. F., RIBEIRO, A. M. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Estud. Psicol**, Campinas, v. 30, n. 1, p.131-138, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n1/14.pdf>> Acesso em: 01 mar. 2018.

VARGAS, T. V. P.; DANTAS, R. A. S.; GOIS, C. F. L. A autoestima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista da Escola**

Enfermagem da USP, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 20-27, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a03v39n1.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2018.

VASCONCELOS, A. D. S., COSTA, C., BARBOSA, L. N. F. Do transtorno de ansiedade ao Câncer. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 51-71, 2008. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v11n2/v11n2a06.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2018.

VASILOPOULOU, C. et al. The Impact of Anxiety and Depression on the Quality of Life of Hemodialysis Patients. **Global Journal of Health Science**, Grécia, v. 8, n. 1, 2016. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4803985/>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

VIDES, M. C; MARTINS, M. R. I. Avaliação da dor óssea em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Rev. Dor. São Paulo**, v. 18, n. 03, p. 245-249, 2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000300245&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: jun.2019.

WALZ, J. M. et al. The Bundle plus: the effect of a multidisciplinary team approach to eradicate central line-associated bloodstream infections. **Anesth Analg**, v. 20, n. 4, p. 868-876, 2015. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24149581>>. Acesso em: 01 set. 2019.

WATKINS, L. L. et al. Association of Anxiety and Depression With All-Cause Mortality in Individuals With Coronary Heart Disease. **J Am Heart Assoc**, v. 19, n. 2, p- e000068, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647264/pdf/jah3-2-e000068>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

WOODS, H. C; SCOTT, H. #Sleepyteens: Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. **Journal of adolescence**, v. 51, p, 41-49, 2016. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197116300343>>. Acesso em: 06 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization**, 2014. Disponível em:< http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 17 jul. 2019.

XAVIER, B. L. S. et al. Características individuais e clínicas de clientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro- RJ, v. 22, n. 3, p. 314-320, 2014. Disponível em:< <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13683>. Acesso em: 30 ago. 2019.

XAVIER, S. S. M. et al. Na correnteza da vida: a descoberta da doença renal crônica. **Rev. Interface comunicação, saúde e educação**, Bocatatu, v. 22, n. 66, p.

841-851, 2018. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018000300841&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 30 ago. 2019.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. **Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade.** São Paulo, v. VII, n. 1, p. 077-092, 2005. Disponível em:< <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/44/33>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

ZANEI, S. S. V. **Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida whoqol-bref e sf-36:** confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de unidades de terapia intensiva e seus familiares. 2006. 135 f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em:< https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-21032006-154203/publico/06_TeseZaneiSSV_EEUSP.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

ZANINI, M. T. B. et al. A hemodiálise no cotidiano dos pacientes renais crônicos. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 1, n. 1, p. 16-30, 2012. Disponível em:< <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/817/808>>. Acesso em: 24 maio. 2018.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**, Reino Unido, v. 67, n. 6, p. 361-370, jun.1983. Disponível em:< <https://pdfs.semanticscholar.org/b9da/812b7b3e43b13842b3386bb4a09524c55e00.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2018.

APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 . Alfenas/MG . CEP 37.130-900
 Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063 . reitoria@unifal-mg.edu.br



AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

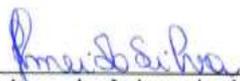
Alfenas, 21 de junho de 2018.

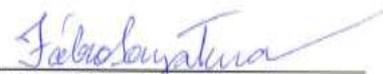
Ilmo Dr. Azer Elias Zenum Junqueira
 Preposto da Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas- MG

Solicitamos a V. Sa. autorização para a realização da pesquisa intitulada **“Avaliação da ansiedade e da autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico”**. A pesquisa será realizada pela discente Luciana Jerônimo de Almeida Silva e sob orientação do Profº Dr. Fábio de Souza Terra. O objetivo do estudo é avaliar a ansiedade e a autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico em um hospital geral de um município do Sul de Minas Gerais. A coleta de dados será realizada pelos próprios pesquisadores e ocorrerá por meio do uso de instrumentos que serão aplicados por entrevistas no serviço de hemodiálise. Ressalta-se que os pesquisadores tomarão todos os cuidados para que esta coleta não interfira no andamento das atividades e na dinâmica e rotina do serviço. Este estudo será submetido ao Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) de acordo com a Resolução 466/12, o que garante o anonimato dos dados fornecidos e os pesquisadores se comprometem ao sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição. A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimentos sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que será realizado.

Desde já, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

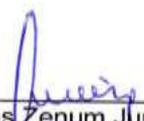
Atenciosamente,


 Luciana Jerônimo de Almeida Silva


 Profº Dr. Fábio de Souza Terra

Eu, Dr. Azer Elias Zenum Junqueira, preposto da Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas-MG, autorizo a coleta de dados solicitada acima para realização da pesquisa intitulada “Avaliação da ansiedade e da autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico”.

Im. do Hosp. da Santa Casa
 de Poços de Caldas
 Dr. Alberto Sillos Volpovski
 Diretor Técnico
 CPF: 100.188.138-92
 CRM/MG 34.706


 Dr. Azer Elias Zenum Junqueira
 Preposto da Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas -MG
 Azér Elias Zenum Junqueira
 Superintendente
 Irm. Hosp. Santa Casa de
 Poços de Caldas



APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARTICIPANTES)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa **“AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DA AUTOESTIMA EM RENAIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO”**, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador (a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: Avaliação da ansiedade e da autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico.

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Fábio de Souza Terra

ENDEREÇO: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Centro. Alfenas-MG. CEP: 37130-001. Escola de Enfermagem

TELEFONE: (35) 3701-9471

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Mestranda Luciana Jerônimo de Almeida Silva

OBJETIVO: Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a ansiedade e a autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico em um hospital geral de um município do Sul de Minas Gerais.

JUSTIFICATIVA: Pretende-se com esta pesquisa, aperfeiçoar a qualidade da relação profissional/cliente/família/instituição para, se possível, alcançar melhor enfrentamento da doença e da hemodiálise e, conseqüentemente, o sucesso no tratamento destes clientes. Assim, poder colaborar para o desenvolvimento de estratégias que visem a humanização e a integralidade da assistência prestada, com o objetivo de minimizar a ansiedade dos renais crônicos durante o tratamento de hemodiálise, bem como, aumentar a sua autoestima.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: A coleta de dados será realizada pelos próprios pesquisadores e ocorrerá por meio de entrevistas no serviço de hemodiálise. Ressalta-se que os pesquisadores tomarão todos os cuidados para que esta coleta não interfira no andamento das atividades e na dinâmica e rotina do serviço. Para esta coleta serão utilizados os seguintes instrumentos: caracterização dos participantes, Escala de Autoestima de Rosenberg e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HDA) - subescala de ansiedade e que serão preenchidos pelos próprios pesquisadores. Posteriormente, os dados coletados serão avaliados em programas estatísticos.

RISCOS E DESCONFORTOS: Esta pesquisa poderá trazer riscos mínimos com sua participação, podendo causar possíveis desconfortos emocionais e constrangimento ao responder os instrumentos e, se necessário, você será encaminhado à avaliação psicológica a profissionais capacitados da rede básica do município, sem custos financeiros e por tempo necessário. Entretanto, afirmar-se que os pesquisadores tomarão devidos cuidados quanto ao ambiente da coleta de dados, mantendo a sua privacidade e uma atitude ética e respeitosa quanto aos seus questionamentos e as

suas repostas, a fim de evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar desconfortos e constrangimentos. Destaca-se que você está livre para deixar de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma e sem necessidade de apresentar justificativa.

BENEFÍCIOS: A pesquisa trará como benefícios uma melhor compreensão sobre os temas ansiedade e autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico, para que assim as abordagens dessas pessoas, por meio dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, sejam aperfeiçoadas, fazendo com que os mesmos tenham uma melhor adesão ao tratamento e possam também buscar a diminuição da ansiedade e a melhora da autoestima.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto e você também não receberá nenhum pagamento por participar desta pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Será garantido o sigilo e sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Como pesquisadores, nos comprometemos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa científica, sendo que não haverá identificação da instituição e dos participantes do estudo.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pela pesquisadora Luciana Jerônimo de Almeida Silva, dos procedimentos que serão realizados, riscos e desconfortos, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento na pesquisa. Declaro ainda que recebi uma via desse Termo de Consentimento.

Poderei consultar a pesquisadora, Luciana Jerônimo de Almeida Silva, ou o CEP-UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro. CEP – 37130-001, Fone: (35) 3701-9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Alfenas, MG, _____ de _____ de _____.

Nome do voluntário (por extenso)

Assinatura do voluntário

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (JUÍZES)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa **“AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DA AUTOESTIMA EM RENAIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO”**, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador (a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: Avaliação da ansiedade e da autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico.

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Fábio de Souza Terra

ENDEREÇO: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Centro. Alfenas-MG. CEP: 37130-001. Escola de Enfermagem

TELEFONE: (35) 3701-9471

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Mestranda Luciana Jerônimo de Almeida Silva

OBJETIVO: Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a ansiedade e a autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico em um hospital geral de um município do Sul de Minas Gerais.

JUSTIFICATIVA: Pretende-se com esta pesquisa, aperfeiçoar a qualidade da relação profissional/cliente/família/instituição para, se possível, alcançar melhor enfrentamento da doença e da hemodiálise e, conseqüentemente, o sucesso no tratamento destes clientes. Assim, poder colaborar para o desenvolvimento de estratégias que visem a humanização e a integralidade da assistência prestada, com o objetivo de minimizar a ansiedade dos renais crônicos durante o tratamento de hemodiálise, bem como, aumentar a sua autoestima.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Para a etapa do processo de refinamento do questionário de caracterização dos participantes, será encaminhado este instrumento, juntamente com um formulário de avaliação, para análise dos juízes. Tem a finalidade de analisar se seus itens representam o universo do conteúdo e se permitem obter os objetivos traçados, assim como, avaliar a clareza, a abrangência e a objetividade em relação ao que se propõe identificar. Para isso, os juízes irão avaliar a facilidade de leitura, a forma de apresentação, a clareza e o conteúdo do instrumento e preencher o formulário de avaliação, para ser entregue, posteriormente, aos pesquisadores.

RISCOS E DESCONFORTOS: Esta pesquisa poderá trazer riscos mínimos com sua participação, podendo causar possíveis desconfortos emocionais e constrangimento ao responder os instrumentos e, se necessário, você será encaminhado à avaliação psicológica a profissionais capacitados da rede básica do município, sem custos financeiros e por tempo necessário. Entretanto, afirmar-se que os pesquisadores tomarão devidos cuidados, mantendo a sua privacidade e uma atitude ética e respeitosa quanto aos seus questionamentos e as suas repostas, a fim de evitar

e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar desconfortos e constrangimentos. Destaca-se que você está livre para deixar de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma e sem necessidade de apresentar justificativa.

BENEFÍCIOS: A pesquisa trará como benefícios uma melhor compreensão sobre os temas ansiedade e autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico, para que assim as abordagens dessas pessoas, por meio dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, sejam aperfeiçoadas, fazendo com que os mesmos tenham uma melhor adesão ao tratamento e possam também buscar a diminuição da ansiedade e a melhora da autoestima.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto e você também não receberá nenhum pagamento por participar desta pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Será garantido o sigilo e sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Como pesquisadores, nos comprometemos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa científica, sendo que não haverá identificação da instituição e dos participantes do estudo.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pela pesquisadora Luciana Jerônimo de Almeida Silva, dos procedimentos que serão realizados, riscos e desconfortos, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento na pesquisa. Declaro ainda que recebi uma via desse Termo de Consentimento.

Poderei consultar a pesquisadora, Luciana Jerônimo de Almeida Silva, ou o CEP-UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro. CEP – 37130-001, Fone: (35) 3701-9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Alfenas, MG, _____ de _____ de _____.

Nome do voluntário (por extenso)

Assinatura do voluntário

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dados socioeconômicos

1 Sexo: () Masculino () Feminino

2 Idade (em anos): _____

3 Estado civil:

() Solteiro(a) () Casado(a)/com companheiro(a)

() Separado(a)/divorciado(a) () Viúvo(a)

4 Crença religiosa:

() Católica () Evangélica

() Sem religião () Espírita

() Outra. Especificar: _____

5 Número de filhos: _____

6 Renda familiar mensal aproximada (em reais): _____

7 Recebe algum(ns) benefício(s) financeiro(s):

() Não () Sim

7.1 Se sim, qual(is):

() Auxílio-doença () Aposentadoria

() Privada/Previdência () Outro. Especificar: _____

8 Tipo de moradia:

() Própria () Própria com financiamento

() Alugada () Emprestada

() Outra. Especificar: _____

9 Escolaridade:

() Sem alfabetização () Ensino Médio completo

() Ensino Fundamental incompleto () Superior incompleto

() Ensino Fundamental completo () Superior completo

() Ensino Médio incompleto () Pós-graduação

Hábitos de vida e de doença crônica

10 Você consome bebida alcoólica?

() Não () Sim

10.1 Se sim, qual a frequência do consumo?

() Utilizei bebida alcoólica no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana.

() Utilizei bebida alcoólica semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês.

() Utilizei bebida alcoólica diariamente durante o último mês.

11 Você é tabagista atualmente?

() Não () Sim

11.1 Se sim, quantos cigarros consome por dia? _____

11.2 Se não, você já fumou?

() Não () Sim

11.2.1 Se sim, por quanto tempo você fumou (em anos): _____

11.2.2 Se sim, faz quanto tempo que você parou (em anos): _____

12. Você faz uso de droga(s) ilícita(s) (como maconha, crack, cocaína, ecstasy, LSD, inalantes, heroína, chá de cogumelo entre outras)

() Não () Sim

12.1 Se sim, qual (is): _____

13 Com relação à prática de atividades físicas, atualmente você:

() não pratica () pratica alguns dias da semana

() pratica raramente () pratica diariamente

() Outro. Especificar: _____

14 Você possui alguma (s) outra(s) doença(s) crônica(s)?

() Não () Sim

14.1 Se sim, qual/quais?

15 Você faz uso de medicamento(s) contínuo(s) ou de uso diário?

() Não () Sim

15.1 Se sim, qual/quais?

Dados sobre a doença e o tratamento:

16 Há quanto tempo você possui Insuficiência Renal Crônica (em anos)?

17 Qual foi a etiologia (causa) da sua Insuficiência Renal Crônica?

- Hipertensão Arterial Sistêmica
- Diabetes mellitus
- Glomerulonefrite
- Rins policísticos
- Lupus eritematoso
- Acidente ofídico
- Outros. Especificar: _____
- Não sabe.

18 Há quanto tempo você faz tratamento com hemodiálise (em anos)?

19 Quantas sessões de hemodiálise você realiza por semana?

20 Qual é o tipo de acesso que você possui para a realização da hemodiálise?

- Fístula arteriovenosa / Cateter de alto fluxo
- Prótese arteriovenosa
- Cateter venoso central/ Cateter de Duplo Lúmen

Eventos marcantes na vida

21 No último ano, ocorreu(aram) algum(uns) evento(s) marcante(s) na sua vida?

- Sim
- Não

21.1 Se sim, o que ocorreu(aram)?

- Perda (morte) de pessoa querida
- Separação do companheiro(a)
- Diagnóstico de doença em pessoa querida
- Diagnóstico de doença em você
- Perda de emprego
- Nascimento de filho/neto
- Outro. Especificar: _____

APÊNDICE E – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA OS JUÍZES

ITENS A SEREM AVALIADOS				
Itens do Instrumento	Aparência	Pertinência	Compreensão	Sugestão
1. Sexo	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
2. Idade	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
3. Estado civil	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
4. Crença religiosa	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
5. Número de filhos	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
6. Renda familiar mensal	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
7. Recebimento de benefícios	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
8. Tipo de moradia	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
9. Escolaridade	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
10. Consumo de bebida alcoólica	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
11. Tabagismo	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
12. Práticas de atividades físicas	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
13. Presença de doenças crônicas	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
14. Uso de medicamentos contínuos e de uso diário	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
15. Tempo de diagnóstico da Insuficiência Renal Crônica	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
16. Etiologia da Insuficiência Renal Crônica	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
17. Tempo de tratamento em hemodiálise	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
18. Número de sessões	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	

de hemodiálise				
19. Tipo de acesso para realização da hemodiálise	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
20. Eventos marcantes na vida	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	

Critérios de avaliação:

Aparência = o instrumento apresenta forma didática e boa apresentação/formato (boa aparência)?

Pertinência = os itens do instrumento estão com coerência ao tema investigado e permite alcançar o objetivo do instrumento?

Compreensão= os itens do instrumento possuem uma linguagem de fácil leitura e compreensão?

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DA AUTOESTIMA EM RENAIS CRÔNICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Pesquisador: FÁBIO DE SOUZA TERRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 93653418.2.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.893.082

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma proposta apresentada por docente da Unifal-MG, que contará com financiamento próprio, na qual não foram identificados conflitos de interesses

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a ansiedade e a autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico em um hospital geral de um município do Sul de Minas Gerais.

Objetivo claro e bem definido; coerente com a proposta geral do projeto; exequível considerando tempo, recursos e método.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- a. o risco de execução do projeto foi bem avaliado, realmente necessário e está bem descrito no projeto;
- b. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos;
- c. para cada risco descrito, o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva desse risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- a. Método da pesquisa – adequado aos objetivos do projeto, atualizado, o melhor disponível para atender ao objetivo proposto.
- b. Referencial teórico da pesquisa – poderia estar mais atualizado, contudo, é suficiente para

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 2.693.082

aquilo que se propõe;

c. Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto.

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, transversal, quantitativo, que será desenvolvido com 108 pessoas com insuficiência renal crônica submetidas a tratamento hemodialítico de um hospital geral de um município do Sul de Minas Gerais. Para a coleta de dados, serão utilizados três instrumentos: o Questionário de caracterização dos sujeitos, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (subescala de ansiedade) e a Escala de Autoestima de Rosenberg. A coleta será realizada durante as sessões de hemodiálise, sem que haja interferências na rotina do setor.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presentes e adequados nas versões para pacientes e juízes.
- b. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica.
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica.
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – não se aplica.
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado.
- f. Folha de rosto - presente e adequada.
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado.
- h. Outro (Autorizações dos autores dos instrumentos a serem utilizados no estudo): presente e adequada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1179227.pdf	13/08/2018 11:58:50		Aceito
Projeto Detalhado	Projeto_Final_Novo.pdf	13/08/2018	FABIO DE SOUZA	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 2.893.082

/ Brochura Investigador	Projeto_Final_Novo.pdf	11:56:06	TERRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Juizes_Novo.pdf	13/08/2018 11:55:31	FABIO DE SOUZA TERRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	12/07/2018 16:28:46	FABIO DE SOUZA TERRA	Aceito
Outros	FORMULARIO_DE_AVALIACAO_PARA_OS_JUIZES.pdf	12/07/2018 16:20:41	FABIO DE SOUZA TERRA	Aceito
Outros	ESCALA_DE_AUTOESTIMA_DE_ROS ENBERG.pdf	12/07/2018 16:20:15	FABIO DE SOUZA TERRA	Aceito
Outros	ESCALA_HOSPITALAR_DE_ANSIEDADE E DEPRESSAO.pdf	12/07/2018 16:19:43	FABIO DE SOUZA TERRA	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_DE_CARACTERIZACAO DOS PARTICIPANTES.pdf	12/07/2018 16:19:11	FABIO DE SOUZA TERRA	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL.pdf	12/07/2018 16:17:15	FABIO DE SOUZA TERRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PARTICIPANTES.pdf	12/07/2018 16:15:45	FABIO DE SOUZA TERRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 13 de Setembro de 2018

Assinado por:

Angel Mauricio Castro Gamero
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

**ANEXO B – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO
(SUBESCALA DE ANSIEDADE)**

Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A (1) Eu me sinto tenso ou contraído:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Nunca

A (3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

3 () Sim, e de um jeito muito forte

2 () Sim, mas não tão forte

1 () Um pouco, mas isso não me preocupa

0 () Não sinto nada disso

A (5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Raramente

A (7) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:

0 () Sim, quase sempre

1 () Muitas vezes

2 () Poucas vezes

3 () Nunca

A (9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

0 () Nunca

1 () De vez em quando

2 () Muitas vezes

3 () Quase sempre

A (11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

3 () Sim, demais

2 () Bastante

1 () Um pouco

0 () Não me sinto assim

A (13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

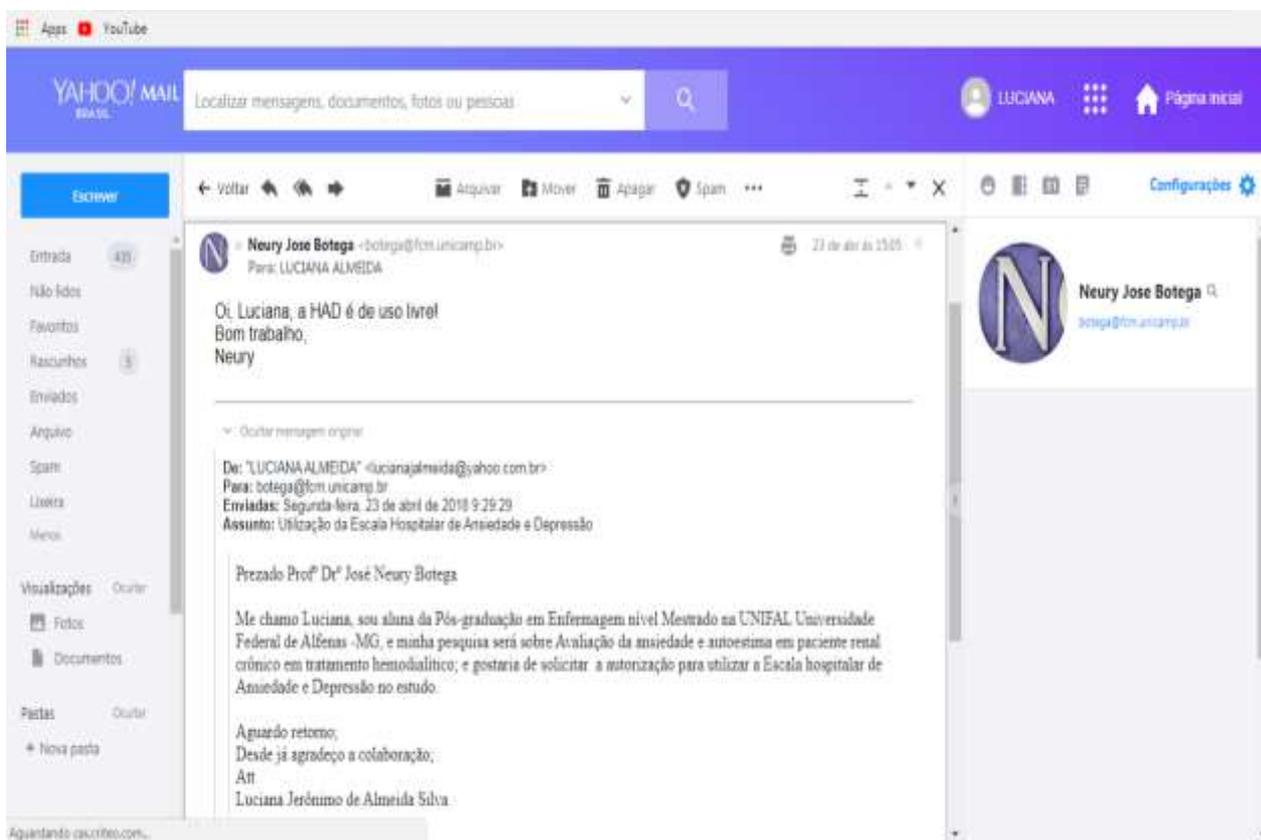
3 () A quase todo momento

2 () Várias vezes

1 () De vez em quando

0 () Não sinto isso

ANEXO C - E-MAIL DO AUTOR DA ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO



ANEXO D - ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este questionário é composto por 10 afirmativas. Leia com atenção cada uma delas e preencha cada item da lista marcando com um X nos espaços correspondentes a cada afirmativa. Marque apenas uma alternativa por questão.

1- No conjunto, eu estou satisfeito comigo.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1
2- Às vezes, eu acho que não presto para nada.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
3- Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1
4- Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1
5- Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
6- Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
7- Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1
8- Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
9- No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
10- Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1

ANEXO E - E-MAIL DO AUTOR DA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

The screenshot shows a web browser window displaying a Yahoo! Mail interface. The address bar shows the URL: <https://mail.yahoo.com/d/search/keyword=hutz/messages/2020771.html-br&lang-pt-BR&partner=none&src=fp>. The page title is "Re: UTILIZAÇÃO ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG". The email is from Claudio Hutz to Luciana Almeida. The content of the email is as follows:

Olá Luciana

Você pode usar livremente essa escala
Bom trabalho
Claudio

Em 1 de abril de 2018 17:31, LUCIANA ALMEIDA <lucianaalmeida@yahoo.com.br> escreveu:

Prezado Profº Drº Claudio,

Me chamo Luciana, sou aluna da Pós-graduação em Enfermagem nível Mestrado na UNIFAL Universidade Federal de Alfenas -MG, e minha pesquisa será sobre Avaliação da ansiedade e autoestima em paciente renal crônico em tratamento hemodialítico, e gostaria de solicitar a autorização para utilizar a Escala de Autoestima de Rosenberg no estudo.

Aguardo retorno;
Desde já agradeço a colaboração;
At