



EDNEIA CONCEIÇÃO DA CRUZ

**DEPRESSÃO, ANSIEDADE E *COPING* DE PACIENTES EM
HEMODIÁLISE**

**Sinop/MT
2020**

EDNEIA CONCEIÇÃO DA CRUZ

**DEPRESSÃO, ANSIEDADE E *COPING* DE PACIENTES EM
HEMODIÁLISE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Psicologia, do Centro Universitário UNIFASIPE, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Esp. Luiza Alvarenga Marques Medeiros.

EDNEIA CONCEIÇÃO DA CRUZ

**DEPRESSÃO, ANSIEDADE E *COPING* DE PACIENTES EM
HEMODIÁLISE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Psicologia, do Centro Universitário UNIFASIPE, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em: ____ de _____ de 2020.

Esp. Luiza Alvarenga Marques Medeiros
Professora Orientadora
Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Professor(a) Avaliador(a)
Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Professor(a) Avaliador(a)
Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

Esp. Ana Paula Pereira Cesar
Coordenadora do Curso de Psicologia
UNIFASIPE

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus. Sem ele, nada seria possível.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presente.

A minha orientadora Luiza A. M. Medeiros, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus pais e ao meu esposo, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

“Se a vida não ficar mais fácil, trate de ficar mais forte!”.

(Thaiz Fonseca)

RESUMO

A Insuficiência Renal Crônica é uma patologia grave resultante de uma série de fatores, tem baixas probabilidades de cura, e em razão disso, se torna necessário o tratamento com hemodiálise ou transplante. O tratamento é visto como uma vivência difícil e dolorosa, mas que é essencial para a manutenção da vida do paciente e pode gerar alterações na sua integridade física e emocional, como ansiedade e depressão. Devido a essas alterações, as estratégias de coping, se tornam tão necessárias na vida desses pacientes. O coping é utilizado para definir um tipo de programação mental voltado para a resolução de problemas e superação de momentos desafiadores, ajudando os pacientes a se adaptarem às situações adversas e a nivelar seu estado emocional. Neste contexto, esta pesquisa teve por objetivo desenvolver estratégias de coping e fortalecer a saúde mental dos pacientes em hemodiálise. Foi realizada uma pesquisa de campo nas dependências físicas da Clínica de Tratamento Renal (CTR), que oferece atendimento clínico especializado de hemodiálise, situada no município de Sinop-MT. O levantamento dos dados se processou com a avaliação inicial e final de todos os participantes da pesquisa do grupo A, que receberam as intervenções e grupo B, dito como grupo de controle, com os Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck e Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus, também foram realizados 4 encontros de intervenções com o grupo A, com 5 pacientes sorteados, que permitiram a comparação dos resultados entre os pacientes que receberam as intervenções de coping e os pacientes que não participaram das intervenções. Os resultados finais demonstraram baixos índices de depressão e ansiedade nos participantes, e os maiores índices dos fatores de estratégias de coping avaliadas foram suporte social e reavaliação positiva, e os menores foram observados nos fatores de confronto e afastamento. Conclui-se que o objetivo da pesquisa, referido em desenvolver estratégias de *coping*, bem como mapear e fortalecer a saúde mental dos pacientes em hemodiálise foram alcançados e a problematização, retrada na prevenção ou controle de doenças mentais como ansiedade e depressão, respondida ressaltando que os achados neste estudo, podem ter importantes implicações clínicas para beneficiar os pacientes em tratamento hemodialítico.

Palavras-chave: Coping. Doença Renal Crônica. Saúde Mental.

ABSTRACT

The Chronic Kidney Failure is a serious pathology resulting from a series of factors, has low probabilities of cure, and as a result, treatment with hemodialysis or transplantation is necessary. Treatment is seen as a difficult and painful experience, but it is essential for maintaining the patient's life and can generate changes in his physical and emotional integrity, such as anxiety and depression. Due to these changes, coping strategies are so necessary in the lives of these patients. Coping is used to define a type of mental programming aimed at solving problems and overcoming challenging moments, helping patients to adapt to adverse situations and to level their emotional state. In this context, this research aimed to develop coping strategies and strengthen the mental health of patients on hemodialysis. A field research was carried out in the physical facilities of the Renal Treatment Clinic (CTR), which offers specialized clinical care for hemodialysis, located in the municipality of Sinop-MT. The data collection was carried out with the initial and final evaluation of all participants in the group A survey, who received the interventions and group B, said as a control group, with the Beck Anxiety and Depression Inventories and the Strategies Inventory. Coping by Folkman and Lazarus, 4 intervention meetings were also held with group A, with 5 randomly selected patients, which allowed the comparison of results between patients who received coping interventions and patients who did not participate in the interventions. The final results showed low rates of depression and anxiety in the participants, and the highest rates of the factors of coping strategies assessed were social support and positive reevaluation, and the lowest were observed in the factors of confrontation and withdrawal. It is concluded that the objective of the research, referred to in developing coping strategies, as well as mapping and strengthening the mental health of patients on hemodialysis, was achieved, and the problematization, reflected in the prevention or control of mental illnesses such as anxiety and depression, answered emphasizing that the findings in this study, may have important clinical implications for the benefit of patients undergoing hemodialysis.

Keywords: Coping. Chronic Kidney Disease. Mental health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Resultados da Escala de Depressão de Beck (BDI) nos Grupos A e B.	56
Gráfico 2: Resultados da Escala de Ansiedade de Beck (BAI) nos Grupos A e B.	57
Gráfico 3: Resultados das Estratégias de Coping avaliados nos Grupos A e B	58
Gráfico 4: Comparativo dos Resultados da Escala de Depressão de Beck (BDI) no Grupo A	62
Gráfico 5: Comparativo dos Resultados da Escala de Depressão de Beck (BDI) no Grupo B	63
Gráfico 6: Comparativo dos Resultados da Escala de Ansiedade de Beck (BAI) no Grupo A	64
Gráfico 7: Comparativo dos Resultados da Escala de Ansiedade de Beck (BAI) no Grupo B	65
Gráfico 8: Comparativo da Média dos resultados do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus segundo os fatores avaliados no Grupo A	66
Gráfico 9: Comparativo da Média dos resultados do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus segundo os fatores avaliados no Grupo B.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados Sociais e Demográficos dos participantes da Pesquisa (Grupo A – Intervenção)	
.....	53
Tabela 2: Dados Sociais e Demográficos dos participantes da Pesquisa (Grupo B – Controle)	
.....	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Encontro 1	59
Quadro 2: Encontro 2	59
Quadro 3: Encontro 3	60
Quadro 4: Encontro 4	61

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Problematização.....	13
1.2 Hipótese	14
1.3 Justificativa	14
1.4 Objetivos.....	15
1.4.1 Objetivo geral	15
1.4.2 Objetivos específicos.....	15
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 Contexto histórico da teoria cognitivo comportamental.....	16
2.2 Teoria Cognitivo Comportamental.....	18
2.2.1 A atividade cognitiva interfere diretamente no comportamento	20
2.2.2 A atividade cognitiva pode ser acompanhada, explorada e remodelada	20
2.2.3 O comportamento pretendido pode ser influenciado a partir da mudança cognitiva	21
2.3 Saúde Mental	22
2.3.1 Critérios de Saúde Mental	23
2.3.1.1 Atitudes positivas em relação a si próprio (atitudes em relação ao eu).....	24
2.3.1.2 Crescimento, desenvolvimento e auto atualização	24
2.3.1.3 Integração	25
2.3.1.4 Autonomia	26
2.3.1.5 Percepção da realidade	27
2.3.1.6 Domínio ambiental	27
2.4 Transtornos Mentais	28
2.4.1 Ansiedade	30
2.4.2 Depressão	31
2.5 Doença Renal Crônica.....	33
2.5.1 Diagnóstico da Doença Renal Crônica.....	34
2.5.2 Grupos de risco para Doença Renal Crônica.....	35
2.5.2.1 Hipertensos	35
2.5.2.2 Diabéticos	36
2.5.2.3 Idosos.....	36
2.5.2.4 Pacientes com doença cardiovascular.....	37
2.5.2.5 Familiares de pacientes portadores de Doença Renal Crônica.....	37

2.5.2.6 Pacientes em uso de medicações nefrotóxicas	38
2.5.3 Tratamento da Doença Renal Crônica.....	38
2.5.4 Doença Renal Crônica no Brasil	39
2.5.4.1 Ações do Sistema Único de Saúde (SUS)	40
2.6 Coping	41
2.6.1 Definição de <i>Coping</i>	41
2.6.2 Breve história do estudo do <i>Coping</i>	41
2.6.3 Estratégias de <i>Coping</i>	43
2.6.4 Eficácia das estratégias de <i>Coping</i>	44
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	46
3.1 Tipo de Pesquisa	46
3.2 População e Amostra.....	47
3.3 Coleta de dados	48
3.4 Instrumentos de Avaliação	50
3.5 Análise de Dados.....	51
4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	53
4.1 Dados Sociais e Demográficos dos Participantes da Pesquisa.....	53
4.2 Resultados da Avaliação Inicial de Depressão, Ansiedade e Coping dos pacientes ...	55
4.3 Intervenções terapêuticas Realizadas	59
4.4 Resultados da Avaliação Final de Depressão, Ansiedade e Coping dos pacientes	61
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS	69
ANEXO.....	77
APÊNDICE	82

1. INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica é uma patologia resultante de uma série de fatores, como a diabetes *mellitus* descontrolada, a hipertensão arterial, infecções urinárias de repetição, hereditariedade, que impossibilita o funcionamento ideal dos rins do paciente, tem baixas probabilidades de cura, e em razão disso, se torna necessário o tratamento com hemodiálise ou transplante.

A partir do momento que se recebe o diagnóstico de insuficiência renal crônica, o paciente deve ser levado o mais rápido possível ao tratamento, seja conservador ou dialítico.

O tratamento é visto como uma vivência difícil e dolorosa, mas que é essencial para a manutenção da vida do paciente. Portanto, os pacientes renais devem se adaptar às várias mudanças, como as restrições na ingestão de líquidos e alimentos; câimbras musculares; cansaço; incerteza sobre o futuro; distúrbios do sono; impossibilidade para ter filhos; mudanças na estrutura familiar; gasto de tempo com o tratamento; problemas financeiros; mudanças nas atividades de trabalho; dificuldades com transporte para a Unidade de Hemodiálise; limitações da atividade física; queda nas funções corporais e mudanças na vida social; dependência familiar e perda da autonomia. E isso acarreta alterações na sua integridade física e emocional.

Devido a essas alterações, as estratégias de *coping*, se tornam necessárias na vida desses pacientes. Podemos descrever *coping* como estratégias para saber lidar adequadamente com as situações negativas na vida do paciente, e é utilizado para definir um tipo de programação mental voltado para a resolução de problemas e superação de momentos desafiadores, que causam certas dificuldades e desconfortos, ajudando os mesmos a se adaptarem às situações adversas e a nivelar o estado emocional da pessoa quanto ao resultado causado pelas situações.

1.1 Problematização

Nas últimas décadas, a doença renal crônica tem recebido maior atenção dos profissionais da área saúde, devido pesquisas mostrarem que é uma doença que restringe somente ao idoso, mas também ao jovem em idade produtiva, e por serem doenças de tratamentos longos e de evolução crescente, é tida como um problema de saúde pública, porque causa elevadas taxas de morbidade e mortalidade e além disso, tem impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde.

A Doença Renal Crônica traz consigo um conjunto de alterações físicas e emocionais difíceis e dolorosas para a vida diária do paciente em virtude do tratamento, como os novos hábitos alimentares, rotina modificada, dependência familiar e perda da autonomia, necessitando do suporte formal de atenção à saúde, isto é, vive dependente da equipe de saúde, da máquina e do suporte informal para ter os cuidados necessários. Devido ao maior consumo de medicamentos e maior frequência de internações.

Ser portador da Doença Renal Crônica é uma situação em que os sintomas de ansiedade e os sintomas depressivos podem fazer-se presentes durante o processo de tratamento, e mesmo durante todo o tratamento a depressão surge na vida do paciente e modifica a percepção sobre sua doença e seu tratamento, influenciando assim na qualidade de vida do mesmo, podendo levá-lo a desacreditar em uma perspectiva de vida positiva de futuro.

Os sintomas de ansiedade são vivenciados com frequência no paciente renal crônico e contribuem para um aumento da percepção distorcida que o mesmo constrói sobre sua situação laboral, familiar, social e física, impactando na sua identidade e autoridade, muitas vezes necessária ao bem-estar, além de trazer incerteza quanto ao futuro. Logo, pergunta-se: Quais os efeitos podem ser manifestados na saúde mental dos pacientes em hemodiálise, a partir das estratégias de *coping*?

1.2 Hipótese

Os efeitos das estratégias de *coping* nos pacientes em hemodiálise é a prevenção ou controle de doenças mentais como ansiedade e depressão.

1.3 Justificativa

O presente trabalho será desenvolvido com o intuito de proporcionar à sociedade em geral, a possibilidade de entender os ajustes e restrições provocadas na vida do paciente renal crônico e ao obter esse conhecimento, a sociedade poderá disponibilizar de ajuda e apoio ao indivíduo doente, e assim minimizar o sofrimento da rotina de tratamento dos pacientes.

Os resultados a serem conquistados pretendem acentuar a necessidade do paciente renal crônico de ser visto como uma pessoa única, com seu próprio modo de vida, onde o profissional da área da saúde deixa de centralizar seus cuidados somente voltado ao órgão doente e passa a perceber os pacientes em toda sua totalidade.

Os resultados obtidos, serão de grande valia ao paciente renal crônico, pois disponibilizarão de técnicas que os auxiliarão em situações de medos, incertezas, anseios, e desânimo, com isso o mesmo conseguirá se sobressair a situações de vulnerabilidade, como a

privação de sua autonomia, diminuição da qualidade de vida, e se reajustar as novas situações oriundas da doença.

A realização dessa pesquisa pretende evidenciar a eficácia de estratégias terapêuticas com o uso de *coping* no levantamento de novas questões de uma difusão de novas descobertas, teses e possibilidade de desenvolvimento de novos materiais de pesquisa para a comunidade científica. Para a psicologia, tem a possibilidade de implantar técnicas que ajudará o profissional a compreender o modo operante de cada um e apresentar a capacidade cognitiva e emocional do ser humano de se sobressair e/ou encarar situações de estresse, proveniente da procura em lidar com exigências ambientais e/ou internas das situações que enfrenta.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Desenvolver estratégias de *coping*, bem como mapear e fortalecer a saúde mental dos pacientes em hemodiálise.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar ansiedade e depressão nos pacientes em hemodiálise;
- Conhecer as estratégias de *coping* utilizadas pelos pacientes em hemodiálise;
- Apropriar-se de técnicas de *coping* que auxiliem os pacientes em hemodiálise a diminuir ou evitar transtornos mentais, como: ansiedade e depressão;
- Oferecer novos repertórios comportamentais de enfrentamento à doença (insuficiência renal crônica) aos pacientes em hemodiálise;
- Comparar novo repertório comportamental de enfrentamento dos pacientes em hemodiálise a presença de sintomas de ansiedade e depressão.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contexto histórico da teoria cognitivo comportamental

A teoria cognitivo-comportamental iniciou delicadamente sua trajetória no fim dos anos de 1960, onde o que dominava eram as teorias psicanalíticas clínicas e psiquiátricas, o Behaviorismo, e em uma proporção menor o humanismo, somente em 1970 surgiram os primeiros títulos sobre teorias cognitivo-comportamental. Surgiram como consequência de uma combinação de fatores: a) movimento de insatisfação com o modelo de intervenção estritamente comportamental, baseado nos paradigmas de aprendizagem do tipo estímulo-resposta (ER); b) rejeição aos modelos psicodinâmicos, a partir de questionamentos relativos à sua eficácia; c) desenvolvimento das ciências cognitivas (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Aaron T. Beck (1963) considerada como a fundamental abordagem cognitiva, foi o primeiro indivíduo a fortalecer teorias e métodos para efetuar interferências cognitivas comportamentais e transtornos emocionais. Ainda que tenha surgido de conceitos psicanalíticos, Beck observou que suas teorias cognitivas eram influenciadas pelos trabalhos de vários analistas pós-freudianos, como: Adler, Horney e Sullivan (BECK, 1963, *apud* WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Desde então, Beck e demais estudiosos vêm adequando positivamente essa terapia para um conjunto surpreendentemente diverso de populações e desordens psiquiátricas. Essas adequações mudaram o ponto principal, a tecnologia e a duração do tratamento, porém os pressupostos teóricos em si permaneceram constantes. Suas primeiras formulações centravam-se na função dos processos de informações desadaptativo em transtornos de depressão e ansiedade. Em uma série de trabalhos publicados no início da década de 1960, ele descreveu sobre a conceitualização cognitivo da depressão, onde os sintomas estavam interligados a um estilo negativo de pensamentos em três domínios: si mesmo, mundo e futuro tríade cognitiva negativa (BECK, 1963, *apud* WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

As teorias e métodos descritos por Beck ou por muitos outros estudiosos do modelo cognitivo-comportamental, prolongaram-se a uma ampla variedade de quadros clínicos, como a depressão, os transtornos de ansiedade, os transtornos alimentares, a esquizofrenia, o transtorno bipolar, a dor crônica, os transtornos de personalidade e o abuso de substância (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008, p. 16).

Os autores supracitados confirmam que os pressupostos teóricos de Beck foram fundamentais para o aporte das técnicas utilizadas em uma variabilidade de transtornos e que o modelo cognitivo pode ser adaptável.

Os segmentos comportamentais do modelo de terapia cognitivo-comportamental tiveram seu início nos anos 50 e 60, quando pesquisadores clínicos começaram a aplicar as ideias de Pavlov, Skinner e outros behavioristas experimentais. Joseph Wolp e Hans Eysenck foram percussores nos estudos do potencial das intervenções comportamentais, como a dessensibilização e treinamentos de relaxamento. Muitas das abordagens iniciais ao uso dos princípios comportamentais para a psicoterapia prestavam pouca atenção aos processos cognitivos envolvidos nos transtornos psiquiátricos. Em oposição, o ponto principal era moldar o comportamento mensurável com reforçadores, e em eliminar as respostas de medo através de exposição (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Conforme a terapia cognitivo-comportamental se propagava, vários estudiosos começaram a associar as teorias e estratégias a seus tratamentos. Eles perceberam que o entendimento cognitivo apresentava conteúdo eficaz às intervenções comportamentais. E Beck sustentou a inserção de métodos comportamentais desde o início de seu trabalho, ele verificava que essas ferramentas são capazes de reduzir sintomas e considerou um relacionamento irrelevante entre a cognição e o comportamento. Ainda que alguns conhecedores confrontam sobre o recurso de se utilizar uma abordagem cognitiva ou comportamental isolada, outros mais positivistas consideram os métodos cognitivos e comportamentais, como parceiros eficientes tanto na teoria quanto na prática (KNAPP; BECK, 2008).

Inúmeros modelos de terapia cognitivo-comportamental foram desenvolvidos por outros teóricos importantes, notadamente a terapia racional-emotiva de Albert Ellis (Ellis, 1962) e a terapia multimodal de Arnold Lazarus (Lazarus, 1976), Michael Mahoney (1991), Vittorio Guidano e Giovanni Liotti (1983). Alguns autores atuaram na consolidação da abertura da ciência do comportamento aos fatores cognitivos, como por exemplo: Bandura (1979), onde desenvolveu trabalhos a respeito da “aprendizagem observacional”, no qual descreve que um indivíduo aprende com base na observação de um comportamento realizado por outro, e de realizar o mesmo comportamento logo depois (BECK, 2013).

Para a autora o modelo de auto regulação (ou de auto eficácia) está relacionado com este tipo de aprendizagem, uma vez que ocorrer uma alteração voluntária de comportamento, sempre será após o indivíduo assimilar sua capacidade de adquirir um novo comportamento. Outro importante autor foi Meichembbaum, que partindo de uma abordagem restritamente cognitiva desenvolveu a modificação cognitivo-comportamental e o conceito de “treinamento instrucional” baseado na hipótese de que mudanças relacionadas a certos comportamentos acontecem a partir de alterações no tipo de instrução que um indivíduo dá a si mesmo, de forma a evitar disfunções cognitivas e buscar os adequados (BECK, 2013).

2.2 Teoria Cognitivo Comportamental

Terapia cognitivo comportamental é um termo universal que engloba uma diversidade de abordagens dentro do modelo cognitivo-comportamental. Todas as terapias cognitivo-comportamentais partilham de alguns pressupostos básicos, mesmo quando apresentam diferentes abordagens definidas e estratégicas nos inúmeros transtornos. A teoria cognitivo-comportamental defende que um processo interno e oculto de cognição interfere nas emoções e comportamentos de um indivíduo, e tem como principal alvo de estudo a natureza e a função dos aspectos cognitivos, ou seja, o processamento de informação que é o ato de atribuir significado a algo. Um mesmo incidente pode ser interpretado de várias maneiras por cada indivíduo, para uns como hostis, outros como agradável, outros ameaçadores, conforme cada interpretação deverá surgir um sentimento de medo, insatisfeito, deprimido, entre outros (FALCONE, 2006, *apud* FALCONE; OLIVEIRA, 2012).

A implicação clínica para essa premissa corresponde à possibilidade da atividade cognitiva ser identificável e acessível, mesmo que inicialmente o indivíduo não seja consciente desta. Como consequência, a atividade cognitiva é posteriormente modificada. Essa mudança, por sua vez, influenciará e será influenciada pela emoção e pelo comportamento (DOBSON; BLOCK, 1988, *apud* FALCONE; OLIVEIRA, 2012).

De acordo com a Terapia Cognitiva os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos de sua vida, com base nisso comportam-se de determinada maneira e constroem diferentes hipóteses sobre o futuro e sobre sua própria identidade. As pessoas reagem de formas variadas a uma situação específica, podendo chegar a conclusões também variadas. Em alguns momentos a resposta habitual pode ser uma característica geral dos indivíduos dentro de determinada cultura, em outros momentos estas respostas podem ser idiossincráticas, derivadas de experiências particulares e peculiares a um indivíduo. Em qualquer situação estas respostas seriam manifestações de organizações cognitivas ou estruturas. Uma estrutura cognitiva é um componente da organização cognitiva em contraste com os processos cognitivos que são passageiros (BECK, 1964, *apud* BAHLS; NAVOLAR, 2004).

Com a ampla atuação da Terapia Cognitivo-Comportamental, em vários tipos de problemas cognitivos e comportamentais, todas as técnicas partilham dos mesmos pressupostos teóricos, e dependendo das mudanças disfuncionais do pensamento, ocorre as mudanças terapêuticas. O tratamento está baseado em uma formulação cognitiva, as crenças e estratégias comportamentais que caracterizam um transtorno específico, se baseia também em uma

conceitualização, ou compreensão, de cada paciente, em suas crenças e padrões comportamentais (BECK; ALFORD, 2000).

O profissional da psicologia busca produzir, inúmeras formas duradouras de melhorar o humor e o comportamento do paciente, os terapeutas cognitivos trabalham em um nível mais profundo de cognição: as crenças básicas do paciente sobre si mesmo, seu mundo e as outras pessoas. A modificação das crenças disfuncionais subjacentes produz uma mudança mais duradoura. Por exemplo, se você continuamente subestima suas habilidades, pode ser que tenha uma crença subjacente de incompetência (BECK, 2013). A modificação dessa crença geral pode alterar a sua percepção de situações específicas com que se defronta diariamente. Você não terá mais tantos pensamentos com o tema: “Eu não faço nada direito”. Em vez disso, em situações específicas em que comete erros, você provavelmente pensará: “Eu não sou bom nisto” (tarefa específica) (BECK, 2013).

A teoria cognitiva proposta por Beck e baseada na conceitualização é uma abordagem estruturada, diretiva e colaborativa, com um forte componente educacional, orientada para o aqui e agora, de prazo limitado, indicada atualmente por sua eficiência cientificamente comprovada para tratamento de uma série de transtornos mentais, como depressão, ansiedade, transtornos de personalidade, esquizofrenia, entre outros (RANGÉ *et al.*, 2011).

Desde o início da década de 1960, Beck e outros autores tiveram sucesso na adaptação da Terapia Cognitivo-Comportamental para umas populações surpreendentemente diversas, e com uma ampla abrangência de transtornos e problemas. Essas adaptações alteraram o foco, as técnicas e a duração do tratamento, porém os pressupostos teóricos em si permaneceram constantes. Em todas as formas de terapia cognitivo-comportamental derivadas do modelo de Beck, o tratamento está baseado em uma formulação cognitiva, as crenças e estratégias comportamentais, que caracterizam um transtorno específico (ALFORD; BECK, 1997, *apud* BECK, 2013).

Atualmente a terapia cognitivo-comportamental tem sido adaptada a pacientes com diferentes níveis de educação e renda, bem como a uma variedade de cultura e idades, desde crianças pequenas até adultos com idades mais avançadas. É usada atualmente em cuidados primários e outras especializações da saúde, escolas, programas vocacionais e prisões, entre outros contextos. É utilizada nos formatos de grupos, casal e família. Embora é recomendado sessões individuais de 45 minutos, elas podem ser mais curtas. Alguns pacientes, como os que sofrem de esquizofrenia, frequentemente não conseguem tolerar uma sessão inteira, e certos profissionais podem vir a utilizar técnicas da terapia cognitiva sem realizar uma sessão completa de terapia, seja durante uma consulta clínica ou de reabilitação, seja na revisão de medicação (BECK, 2013, p. 23).

Assim, em qualquer abordagem psicoterápica é de suma importância que o terapeuta e o paciente tenham uma relação de afinidade e segurança, e que seja feita uma averiguação

diagnóstica cuidadosa para se obter informações verdadeiras, pois são essenciais para o sucesso do tratamento.

Três argumentos são vistos como fundamentais para determinar as características que estão no eixo das terapias cognitivo-comportamentais, que são elas: a atividade cognitiva, que interfere diretamente no comportamento; a atividade cognitiva pode ser acompanhada, explorada e remodelada; e o comportamento pretendido pode ser influenciado a partir da mudança cognitiva (KNAPP; BECK, 2008).

2.2.1 A atividade cognitiva interfere diretamente no comportamento

Cognição e comportamento são dois termos amplamente usados que estão relacionados intimamente. O estudo do comportamento é o principal objetivo de diversas áreas das ciências, tais como: psicologia, arqueologia, antropologia, entre outras; e cognição ou habilidades cognitivas é considerada a causa de tais manifestações comportamentais. Sua união (causa e efeito) parece muito clara, mas as características de tal união não são muito claras entre aqueles dedicados ao desenvolvimento prático das disciplinas acadêmicas acima mencionadas (COHEN, 2012).

Em suma, o comportamento não depende apenas das habilidades cognitivas que são possuídas, mas de seu próprio desenvolvimento cognitivo, que por sua vez depende das características ambientais (social, demográfica, linguística, tecnológica, simbólica etc.). Esse ambiente humano é o que constitui um nicho cognitivo-comportamental em que todos os seres humanos precisam se desenvolver para alcançar as características de sua população. Sempre deve ficar claro que a evolução nos oferece nossas habilidades cognitivas cerebrais de dois tipos: com um certo caráter inato (habilidades cognitivas primárias) que compreende a percepção, atenção, memória, algumas emoções e algum nível de funções executivas; potencial, ou seja, eles se desenvolvem de acordo com as características ambientais em que são encontrados desde o nascimento (simbolismo, linguagem, autoconsciência, emoções autoconscientes etc.). Sua manifestação comportamental entraria no que é entendido como desenvolvimento cognitivo ou emergente (KNAPP; BECK, 2008).

2.2.2 A atividade cognitiva pode ser acompanhada, explorada e remodelada

A cognição pode ser conceituada como consistindo em vários processos, incluindo decodificação, codificação, recuperação, pré-atenção e atenção, vieses de atribuição e mecanismos de distorção, estes últimos denominados erros cognitivos. Além disso, esses erros cognitivos podem ser vistos como uma consequência das estruturas cognitivas ou crenças,

esquemas, preocupações atuais e suposições. Tais crenças são fortalecidas pelo comportamento, possíveis de serem monitorados e modificados (RANGÉ *et al.*, 2011).

Dentro do domínio cognitivo, Beck (2013) distingue crenças centrais, crenças intermediárias e pensamentos automáticos. As crenças centrais são as mais abstratas e difundidas, e são adquiridas durante o desenvolvimento e a educação inicial. Eles organizam a vida cognitiva de uma pessoa em seu nível mais central. Crenças intermediárias consistem em regras de nível médio, atitudes e suposições, que orientam a percepção e a interpretação de uma pessoa da situação atual. Os pensamentos automáticos são específicos da situação e resultam em reações comportamentais, emocionais e fisiológicas atuais (WHIGHT; BASCO; THASE, 2008).

No caso de um paciente deprimido, por exemplo, pensamentos automáticos geralmente desencadeiam mudanças negativas de humor. O terapeuta treinado para detectar essas alterações pode sondá-las em sessão, no momento em que ocorrem, para descobrir a cognição subjacente. Os pacientes também podem ser encorajados a monitorar seus próprios pensamentos automáticos fora da sessão clínica. A partir de então, a terapia passa progressivamente das cognições mais superficiais ou acessíveis (pensamentos automáticos) para as mais centrais ou mais profundas (crenças centrais). A "técnica da seta descendente", por exemplo, parte de um pensamento automático para identificar seu significado subjacente e, eventualmente, descobrir uma crença mais abstrata (BECK, 2013).

Tendo identificado uma crença disfuncional, o terapeuta concebe mentalmente uma crença nova, mais realista e funcional, e guia o paciente em sua direção. As crenças intermediárias e centrais são modificadas por meio de técnicas como questionamento socrático, análise de prós e contras, interpretação de papéis emocional e racional e experimentos comportamentais projetados para testar se uma crença é realmente válida ou não. A disputa cognitiva pode assumir uma variedade de estilos, especialmente na terapia racional-emotiva. Além de argumentos racionais, o terapeuta pode tentar modificar as crenças por meio de metáfora ou humor. Em todos os casos, o objetivo terapêutico é descobrir incongruências no sistema de crenças atual do paciente e, assim, substituir as cognições disfuncionais por outras mais adaptativas (BECK; ALFORD, 2000).

2.2.3 O comportamento pretendido pode ser influenciado a partir da mudança cognitiva

Inicialmente, os terapeutas cognitivo-comportamentais propuseram que as cognições de um indivíduo pudessem serem vistas como comportamentos encobertos, sujeitos às mesmas "leis da aprendizagem" que os comportamentos abertos. Na tradição de Skinner e teóricos do

condicionamento, as atividades cognitivas eram vistas como operadores secretos, ou de "cobertores". As imagens (cognição) foram vistas como estímulos discriminativos e como respostas condicionadas que vêm orientar e controlar o comportamento manifesto. O foco do tratamento foi "descondicionar" e fortalecer novas conexões, reforçam e ensaiam habilidades adaptativas de enfrentamento e similar. A tecnologia da terapia comportamental, como modelagem, ensaio mental e manipulação de contingências pode ser usada para alterar não apenas os comportamentos evidentes dos pacientes, mas também seus pensamentos e sentimentos (KNAPP; BECK, 2008).

2.3 Saúde Mental

Na agenda contemporânea de Saúde Pública, a saúde mental ocupa um lugar de destaque, em grande parte como resultado de várias estimativas que preveem o aumento global de transtornos no futuro imediato. A identificação tardia da saúde mental como um problema de saúde pública responde a um conjunto complexo de inter-relações entre o que é percebido como estando na esfera pública, e o que pertence à esfera privada. Por sua vez, essa percepção deriva de conceitos e distinções sociais anteriores, como os que definem o saudável e o doente de acordo com circunstâncias socioculturais específicas que evoluem historicamente. De uma perspectiva histórica, a doença mental sempre se encontrou na fronteira entre interpretações naturalistas e sobrenaturais da doença, e abordar essa complexa rede de conceitos e sua evolução remete aos preceitos da medicina ocidental (SALAVERRY, 2012).

O termo Saúde Mental e a definição do seu campo de inclusão foram propostas inicialmente pela disciplina de psiquiatria preventiva e comunitária, surgiu nos Estados Unidos na década de 1960, cujo principal destaque foi o estudioso Dr. Gerald Caplan, portanto as discussões sobre a importância do tema surgiram principalmente no período pós-guerra. O modelo de psiquiatria tradicional tinha seu enfoque no indivíduo doente, ou seja, no sujeito que "sofria de um transtorno mental" e a forma de tratamento mais utilizada era o isolamento social através da internação hospitalar, denominada "lógica manicomial" (AMARANTE, 2007).

No início dos anos 60, surgiu uma nova abordagem que deixou seu enfoque na doença em si e os seus sintomas, passou a preocupar-se com as determinantes da saúde. Portanto, o foco se direcionou à saúde mental, sobrepondo-se ao reducionismo da então psiquiatria tradicional. Assim, aos poucos inseriram-se os conceitos relacionados aos determinantes sociais em saúde, não somente os determinantes orgânicos, o que poderia promover ações para evitar o adoecimento mental. A abertura teórica e técnica iniciou sua influência no campo da prevenção, incluindo os estudos sobre estilos de vida, resiliência, bem-estar subjetivo, conceitos

de risco e proteção, habilidades sociais, habilidades de vida, *coping*, entre outros (SCHNEIDER, 2015).

Saúde mental é uma temática cada vez mais abordada nas discussões mundiais acerca dos cuidados com a saúde, seu impacto na sociedade está em evidência (ABREU; BARLETTA; MURTA, 2015). Um levantamento epidemiológico no Brasil demonstrou que 3% da população necessita de cuidados contínuos nos serviços de saúde mental, sendo pessoas com transtornos mais severos e persistentes, outro dado publicado indicou que mais 9% da população utiliza os atendimentos na rede de saúde mental de forma eventual (BRASIL, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (2001) define a saúde mental como o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao estresse normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere. Portanto, define a Saúde Mental não só como a ausência de doença, mas como uma situação de bem-estar físico, mental e social. Como todos somos seres distintos, com especificidades próprias, este sentimento de bem-estar nos vários domínios é necessariamente diferente, contemplando componentes individuais e subjetivas. Deste modo, o conceito de saúde não é igual para todas as pessoas, depende do indivíduo, dos contextos econômicos, sociais, culturais e políticos onde se encontra inserido. Verifica-se ainda uma tendência para separar a saúde mental da saúde física. Porém, elas são inseparáveis, não há saúde física sem saúde mental (OMS, 2001).

Salaverry (2012) reflete que com o evidente aumento dos problemas de saúde mental, debates como o apontado anteriormente sobre os conceitos de saúde mental, indicam a necessidade de aprofundar não apenas o tratamento das doenças mentais e sua inclusão como um problema prioritário de saúde pública, mas também de encontrar as raízes do pensamento da sociedade sobre a 'loucura' e suas implicações sociais.

2.3.1 Critérios de Saúde Mental

A OMS indica que há critérios para se estabelecer saúde mental, tais como: atitudes positivas em relação a si próprio; crescimento, desenvolvimento e autorrealização; integração e resposta emocional; autonomia e autodeterminação; percepção apurada da realidade; domínio ambiental e competência social; aceitar as exigências da vida; saber lidar com as boas emoções e também com aquelas desagradáveis, mas que fazem parte da vida; e reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário (OMS, 2001).

Outra classificação usual propõe seis critérios de saúde mental, muito semelhante ao modelo anterior da OMS, sendo definidos: atitudes em relação ao eu; crescimento,

desenvolvimento e auto atualização; integração; autonomia; percepção da realidade e; domínio ambiental. Esse modelo é definido como avaliação da saúde mental positiva (OMS, 2008).

2.3.1.1 Atitudes positivas em relação a si próprio (atitudes em relação ao eu)

Este critério refere-se aos diferentes aspectos ou componentes do autoconceito, enfatizando a importância da autoconsciência. As atitudes de um eu sou descritas em termos como auto aceitação, autoconfiança e autossuficiência. Esses conceitos têm muitos pontos em comum, mas eles também possuem suas próprias nuances que os diferenciam. Então auto aceitação implica que a pessoa aprendeu a viver consigo, aceitando suas limitações e possibilidades. A autoconfiança abrange autoestima e autoestima implica que a pessoa se considera forte e capaz. Finalmente autossuficiência, enfatiza a independência de outras pessoas e sua própria iniciativa, reforçando a ideia de que depende fundamentalmente do si mesmo e de seus próprios critérios (NASCIMENTO; ROAZZI, 2013).

Outras dimensões que incluem o critério de atitudes positivas em relação a si próprio englobam a acessibilidade do “eu” à consciência, correspondência entre eu real e eu ideal (correção do autoconceito), autoestima (sentimentos sobre si mesmo) e senso de identidade. Acessibilidade do eu à consciência refere-se ao autoconhecimento, uma vez que o autoconceito inclui grande variedade de conteúdo (valores, desejos, sentimentos etc.) que você deve saber e de que você deve estar ciente. A correspondência entre eu real e eu ideal implica a capacidade de se olhar objetiva e realisticamente.

Para que a auto percepção seja correta, ela deve ser objetiva e essa objetividade exige da capacidade de diferenciar o eu real do eu ideal; o que eu sou e o que eu gostaria de ser/estar. A autoestima é equivalente aos sentimentos que se tem sobre si mesmo. A saúde mental implica uma aceitação global do eu, com todos os defeitos e deficiências pessoais, isto é, incluindo aqueles aspectos dos quais não se conhece. Por fim, o senso de identidade é um aspecto do autoconceito intimamente relacionado à auto aceitação, mas entendido como um atributo integrador do eu. A pessoa saudável sabe quem ela é e não tem dúvidas sobre sua própria identidade (NASCIMENTO *et al.*, 2019).

2.3.1.2 Crescimento, desenvolvimento e auto atualização

Este critério está relacionado ao que a pessoa faz com sua vida. A auto atualização, também chamada autorrealização ou crescimento pessoal, pode ser entendida de duas maneiras: a) como princípio geral da vida, isto é, como força motriz que mobiliza a atividade de todos os

organismos; b) como critério positivo de saúde mental que possui duas dimensões: motivação pela vida (processo motivacional) e envolvimento na vida (investimento na vida) (OMS, 2008).

Auto atualização como motivação para a vida está ligada ao sentido da vida, ou seja, ao fato de ser motivado não apenas para atender às necessidades básicas, mas também para gerenciar crescimento e desenvolvimento para objetivos mais altos, projetos de longo prazo e ideais de tempo de vida. A propensão à auto atualização gera um nível de tensão que a pessoas psicologicamente saudáveis acham agradáveis e estimulantes. Pelo contrário, a pessoa com mau funcionamento mental prefere ficar em uma mesma situação, ainda que insatisfatória, do que viver a insegurança que pode gerar circunstâncias novas. Portanto, a pessoa com tendência a se atualizar automaticamente tem uma orientação positiva otimista em relação ao futuro e também possui ideais, metas, aspirações e desejos de superação. É o que poderia ser chamado de motivação para o crescimento pessoal na vida (LEMOS; CAVALCANTE JUNIOR, 2009).

Nascimento *et al.* (2019) afirmam que o envolvimento permite que a pessoa auto realizada participe ativamente de diferentes atividades da vida: no trabalho, no tempo livre, nas relações com os demais. Em outras palavras, esteja ciente não apenas da sua vida, mas também da vida de outros como parte do sua. A pessoa que está envolvida na vida tem capacidade de evocar respostas empáticas, calorosas e compreensivas aos outros. Os autores destacam a ideia de que a pessoa saudável mostra interesse pelos outros e não está focado apenas em atender às suas próprias necessidades. É evidente que o envolvimento na vida não pode ser separado da motivação; a pessoa deve estar envolvida com outras pessoas, com trabalho, com ideias e com interesses, mas, ao mesmo tempo, motivados para alcançá-los.

2.3.1.3 Integração

A integração implica a inter-relação de todos os processos e atributos da pessoa. Como critério positivo de saúde mental, pode ser tratada sob uma das três perspectivas a seguir: equilíbrio de forças psíquicas, filosofia pessoal da vida (uma visão unificadora da vida) e resistência ao estresse (BRASIL, 2015).

O equilíbrio psíquico é uma maneira de entender a integração baseada em uma orientação psicodinâmica. O equilíbrio entre os diferentes sistemas psíquicos é mediado pela flexibilidade, que modula a inter-relação entre as diferentes instâncias. Ou seja, favorece a predominância de uma ou outra estrutura de acordo com os requisitos do momento e da situação (EIZIRIK *et al.*, 2013).

A integração como filosofia pessoal de vida é abordada de uma perspectiva cognitiva e é intimamente relacionado às dimensões da autorrealização e do senso de identidade. A

filosofia da vida guia e dá sentido ao comportamento e crescimento pessoal. Cada pessoa desenvolve sua própria filosofia de vida (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

A resistência ao estresse enfatiza o estilo pessoal de lidar com situações estressantes da vida. O conceito geral de integração deve ser entendido como o modo individual de resposta à ansiedade e tolerância à frustração. A ansiedade é uma experiência humana universal. As situações e experiências de tensão, ansiedade, frustração e infelicidade ocorrem tanto nas pessoas saudáveis e doentes. A diferença está nas estratégias de enfrentamento e na capacidade de manter um nível adequado de integração em situações de pressão. Segundo o autor, aspectos como autoafirmação e coragem (coragem) podem ser as maneiras apropriadas de lidar positivamente com a ansiedade (BRASIL, 2013).

2.3.1.4 Autonomia

Essa dimensão refere-se ao relacionamento da pessoa com o mundo (com o ambiente) e o termo é sinônimo de independência e autodeterminação. O grau de dependência e independência de influências sociais é um indicador do estado de saúde mental. A pessoa psicologicamente saudável tem certa autonomia e não depende fundamentalmente do mundo e dos outros. Esse relacionamento pessoa-ambiente envolve um processo de tomada de decisão (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A autonomia significa discriminação consciente por parte da pessoa, dos fatores ambientais que você deseja aceitar ou rejeitar. O critério de autonomia pode ser entendido a partir de uma ou das duas seguintes dimensões: autorregulação (regulação do comportamento interno) e comportamento independente (OMS, 2008).

A autonomia é concebida a partir de uma perspectiva interna e refere-se ao grau em que a pessoa autodirige suas ações. Inclui, independência e confiança em si mesmo. Também está relacionada à capacidade de orientar o próprio comportamento, baseado em padrões internalizados, e implica na manutenção contínua de autorrespeito. Esse processo de regulamentação interna favorece um crescimento pessoal independente e permite que o comportamento seja determinado pela interação equilibrada entre demandas externas e valores, necessidades, crenças e objetivos pessoais (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A autonomia permite manter um comportamento relativamente estável; a conduta não depende somente do mundo externo ou do interior e, portanto, flutua entre os dois. Nesse sentido, imuniza "das coisas ruins do mundo", dos golpes duros, das privações e frustrações. Assim, pessoas autônomas podem manter uma serenidade e felicidade relativas em circunstâncias que poderiam levar a outras pessoas ao desequilíbrio emocional. A pessoa

autônoma é capaz de se ajustar aos padrões de conduta de sua sociedade, mas, ao mesmo tempo, mantém seus próprios critérios pessoais (BRASIL, 2015).

2.3.1.5 Percepção da realidade

Este critério implica a capacidade de perceber adequadamente a realidade. A percepção do ambiente não pode ser totalmente objetiva, mas pode ser bastante aproximado para permitir interações eficientes entre a pessoa e seu ambiente. A percepção não pode ser isolada de outros processos cognitivos, como atenção, julgamento ou pensamento e está intimamente ligado à percepção social. Podem existir duas dimensões da percepção da realidade: a percepção objetiva (percepção livre de distorção de necessidade) e a empatia ou sensibilidade social (OMS, 2008).

A percepção objetiva se relaciona à adaptação à realidade, uma vez que a adaptação se baseia em a correta percepção do meio ambiente. Isso não significa que necessidades e desejos devam ser removidos e não tenham mais uma função na percepção. A pessoa mentalmente saudável pode testar a realidade (teste de realidade) para verificar o grau de correspondência entre suas necessidades, desejos ou medos e realidade (LEMOS; CAVALCANTE JUNIOR, 2009).

A autopercepção é abordada dentro do autoconceito. A percepção de sentimentos e atitudes dos outros configuram um critério independente. A pessoa saudável tem mais capacidade de entender e interpretar corretamente as atitudes e sentimentos dos outros. Portanto, ela é capaz de perceber com mais precisão e exatidão os outros pontos de vista e, antecipar e prever o comportamento das pessoas com quem interage (LEMOS; CAVALCANTE JUNIOR, 2009).

2.3.1.6 Domínio ambiental

A área de funcionamento humano mais frequentemente selecionada como critério de saúde mental é a capacidade de gerenciar na realidade. Este critério está vinculado a dois temas fundamentais: sucesso (que enfatiza a conquista ou resultado) e adaptação (que enfatiza o processo). Incluem seis dimensões intimamente relacionadas neste critério: satisfação sexual (a capacidade de amar); adequação no amor, trabalho e lazer (adequação no amor, trabalho e lazer); adequação nas relações interpessoais; capacidade de atender às demandas do meio ambiente (eficiência no atendimento situacional requisitos); capacidade de adaptação e ajuste; resolução de problemas (eficiência na resolução de problemas) (OMS, 2008).

A satisfação sexual refere-se à capacidade de experimentar prazer sexual de forma gratificante. Embora a função sexual não seja a mais importante para a saúde mental do ser humano, é necessário reconhecer a sexualidade como um indicador extremamente sensível do funcionamento geral da pessoa (DETOMINI; RASERA; PERES, 2016).

Amor, trabalho e tempo livre são três áreas cruciais da atividade do ser humano. A pessoa saudável é capaz de fazer um trabalho corretamente, mantenha-o e seja criativo, dentro das limitações de suas habilidades. Além disso, é capaz de relaxar, aproveitar oportunidades de diversão, amar os outros, viver como um casal e começar uma família (BRASIL, 2013).

A adequação nas relações interpessoais implica a capacidade de interagir com os outros, mantendo relacionamento interpessoal satisfatório e afetivo. Competição nos relacionamentos interpessoais se manifestam na maneira que os membros de um grupo se comporta, por exemplo, na família, são capazes de interagir para alcançar fins comuns e, ao mesmo tempo, mantêm seu desenvolvimento individual e auto expressão (BRASIL, 2015).

A capacidade de atender às demandas do meio ambiente é a capacidade de dar uma resposta válida às necessidades de uma situação. Os requisitos sociais dependem do meio ambiente e, portanto, devem ser definidos e ser especificamente valorizado em cada contexto (OMS, 2008).

A capacidade de adaptação e ajuste envolve encontrar um equilíbrio entre necessidades e habilidades individuais e realidade. Um termo usado com mais frequência do que adaptação é o de ajuste, que pode ser bem entendido como um conceito passivo de aceitação do que a vida oferece (BRASIL, 2015).

A dimensão de resolução de problemas abrange tanto o procedimento quanto o resultado da resolução dos problemas. Uma maneira de entender a solução de problemas é enfatizando o produto final; a solução. Se esse critério for aplicado a problemas reais, o sucesso será um critério positivo de saúde mental. Mas, o sucesso depende não apenas do comportamento individual, mas também de circunstâncias externas, além do controle da pessoa (BRASIL, 2015).

2.4 Transtornos Mentais

Nenhuma definição específica adequadamente limites precisos para o conceito de 'transtorno mental' (BARLOW; DURAND, 2008). O conceito de transtorno mental, como muitos outros conceitos em medicina e ciência, ainda busca uma definição operacional consistente que cubra todas as situações. Todas as condições médicas são definidas em vários níveis de abstração - por exemplo, patologia estrutural (por exemplo, colite ulcerosa),

apresentação de sintomas (por exemplo, enxaqueca), desvio de uma norma fisiológica (por exemplo, hipertensão) e etiologia (por exemplo, pneumonia pneumocócica). Os transtornos mentais também foram definidos por uma variedade de conceitos (por exemplo, angústia, descontrole, desvantagem, incapacidade, inflexibilidade, irracionalidade, padrão sindrômico, etiologia e desvio estatístico) (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016).

Cada um dos transtornos mentais é conceituado como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente significativo que ocorre em um indivíduo e que está associado à angústia atual (por exemplo, um sintoma doloroso) ou incapacidade (ou seja, comprometimento de um ou mais fatores importantes), áreas de funcionamento ou com um risco significativamente aumentado de sofrer morte, dor, incapacidade ou uma importante perda de liberdade. Além disso, essa síndrome ou padrão não deve ser apenas uma resposta esperada e culturalmente relacionada a um evento específico, por exemplo, a morte de um ente querido. Qualquer que seja sua causa original, atualmente deve ser considerada uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo. Nem comportamento desviante (por exemplo, político, religioso ou sexual) nem conflitos que são principalmente entre o indivíduo e a sociedade são transtornos mentais, a menos que o desvio ou conflito seja um sintoma de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito acima (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Para se estudar este tema é preciso contextualizar a epidemiologia dos transtornos mentais - ou epidemiologia psiquiátrica – definida pelo conjunto de conhecimentos que, usando os princípios, conceitos, métodos e estratégias de pesquisa, é responsável pelo estudo da saúde mental. Uma característica distintiva dessa área é que os transtornos mentais se manifestam em dois níveis: a) como comportamento (por exemplo, comportamento compulsivo de lavar as mãos) e b) como elemento da vida mental do sujeito (por exemplo, pensamento obsessivo sobre as bactérias que estão presentes em todos os lugares e que são uma fonte constante de ameaça para alguns sujeitos) (BARLOW; DURAND, 2008).

Uma parte importante dos transtornos mentais são investigados por meio de um aspecto distintivo do indivíduo, muito do que sabemos sobre esses fenômenos vem do autorrelato de que o sujeito é capaz de lidar. Perguntas sobre os sentimentos, seja em conversa com um clínico treinado ou respondendo a perguntas com um questionário padronizado. A isso, pode-se acrescentar a observação de comportamentos (especialmente em transtornos psicóticos) e a avaliação do paciente executando tarefas cognitivas (especialmente em transtornos demenciais). Embora tenha havido muito progresso na compreensão das funções do sistema nervoso central e de suas estruturas, até o momento não há um marcador objetivo de transtorno

mental, mesmo em áreas específicas de estudo (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016).

Outro aspecto importante é a necessidade de falar no plural quando se refere a transtornos mentais, visto que atualmente é considerada uma visão biopsicossocial dos seres humanos. A classificação dos transtornos mentais combina a tradição norte-americana - por meio do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Revisão, também chamado DSM-V - com a tradição internacional - com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID-10). Ambas as classificações distinguem transtornos mentais com base em seus sintomas (APA, 2014; GONÇALVES, 2016).

2.4.1 Ansiedade

Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva (CASTILLO *et al.*, 2000; APA, 2014).

Segundo Queiroz e Guilhardi (2001, p. 257), a ansiedade é descrita de maneira que “um estado corporal produzido por contingências de reforçamento específicas: um estímulo sinaliza a apresentação de um estímulo aversivo e não há comportamento de fuga-esquiva possível”. Já Santos (2000, p. 189) salienta que a ansiedade se refere “a diversos estados emocionais, tais como, medo, expectativa, ira, entre outros. Essas manifestações são as reações físicas sentidas pelas pessoas, dentre algumas podemos citar: sudorese, taquicardia, tremores, calafrios, entre outros”.

Até meados do século XIX a ansiedade não era vista como um diagnóstico independente, era considerada comum e sem importância em várias especialidades médicas, como cardiologia, gastrointestinais, entre outras. A grande maioria dos profissionais da saúde via a ansiedade como um traço humano normal, sem ser causadora de prejuízos para os pacientes, somente no final do XX, que transtornos relacionados a ansiedade começaram a

ganhar destaque em estudos. E por isso, não havia um diagnóstico ou tratamento terapêutico específico (RANGÉ, 2008).

Os transtornos de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada. Assim, embora os transtornos de ansiedade tendam a ser altamente comórbidos entre si, podem ser diferenciados pelo exame detalhado dos tipos de situações que são temidos ou evitados e pelo conteúdo dos pensamentos ou crenças associadas (APA, 2014).

Os transtornos de ansiedade também se diferenciam do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou/e persistentes além de períodos apropriados ao nível de desenvolvimento. Eles diferem do medo ou da ansiedade provisórios, com frequência induzidos por estresse, por serem persistentes (p. ex., em geral durando seis meses ou mais), embora o critério para a duração seja tido como um guia geral, com a chance de algum grau de flexibilidade, sendo às vezes de duração mais curta em crianças (APA, 2014).

Como os indivíduos com transtornos de ansiedade em geral superestimam o perigo nas situações que temem ou evitam, a determinação primária do quanto o medo ou a ansiedade são excessivos ou fora de proporção é feita pelo clínico, levando em conta fatores contextuais culturais. Muitos dos transtornos de ansiedade se desenvolvem na infância e tendem a persistir se não forem tratados. A maioria ocorre com mais frequência em indivíduos do sexo feminino do que no masculino (proporção de aproximadamente 2:1). Cada transtorno de ansiedade é diagnosticado somente quando os sintomas não são consequência dos efeitos fisiológicos do uso de uma substância/medicamento ou de outra condição médica ou não são mais bem explicados por outro transtorno mental (APA, 2014).

Os sintomas centrais da ansiedade é a preocupação exagerada com pequenos problemas o dia a dia; e os sintomas podem ser classificados em: tensão motora, hiperatividade e hipervigilância. A tensão motora se apresenta com temores, incapacidade de relaxar, aumento da psicomotricidade, fadiga e cefaleias. A hiperatividade autonômica é vista como dificuldade para respirar profundamente, palpitação, sudorese, tontura, ondas de frio e calor e micção frequente. Já os sintomas da hipervigilância, observa-se pode incluir insônia, irritabilidade, sensação de que algo negativo irá acontecer, preocupações excessivas e dificuldade de concentração (RANGÉ, 2008).

2.4.2 Depressão

Para Teodoro (2010), depressão é um transtorno mental, causado por uma complexa interação entre fatores orgânicos, psicológicos, ambientais e espirituais, caracterizado por

angústia, rebaixamento do humor e pela perda de interesse, prazer e energia diante da vida. Genes, hormônios, neurotransmissores, nutrientes celulares, substâncias químicas, autoestima, pensamentos, personalidade, crenças, reações emocionais, conflitos inconscientes, fatores sócio culturais e ambientais, e vinculações espirituais formam uma imensa rede de intercomunicações, dando forma ao quadro depressivo. A tristeza e a depressão guardam alguma semelhança no que diz respeito aos sintomas. A sensação de desamparo, a falta de entusiasmo e o sentimento de impotência diante da vida parecem sugerir o mesmo quadro. No entanto, vale ressaltar que existem importantes diferenças entre essas duas situações como é o caso da intensidade, da duração e da consciência das causas envolvidas.

Tristeza é uma reação emocional normal às inúmeras situações frustrantes que a vida nos coloca. Ser demitido do emprego, não passar numa seleção, acompanhar o sofrimento de um parente ou mesmo perdê-lo, são situações que podem fazer uma pessoa se entristecer. Porém, é comum que ela retorne às suas atividades após um período relativamente curto de elaboração e adaptação diante do fato vivido, restaurando a confiança e o entusiasmo pela vida. Este período não costuma exceder 6 a 8 semanas e, normalmente, não é tratado por intervenções médicas ou psicoterápicas (TEODORO, 2010).

Os sintomas físicos e as mudanças comportamentais causadas pela depressão incluem diminuição da energia, fadiga crônica ou sensação de lentidão com frequência; dificuldade em se concentrar, tomar decisões ou recordar; dores, câimbras ou problemas gastrointestinais sem causa clara; alterações no apetite ou peso; dificuldade em dormir, acordar cedo ou dormir demais. Os sintomas emocionais da depressão incluem: perda de interesse ou não encontrar mais prazer em atividades ou hobbies; persistentes sentimento de tristeza, ansiedade ou vazio; sentindo-se sem esperança ou pessimista; raiva, irritabilidade ou inquietação; sentir-se culpado ou experimentar sentimentos de inutilidade ou desamparo; pensamentos de morte ou suicídio; tentativas de suicídio (APA, 2014).

Segundo Teodoro (2010) o deprimido oferece uma gama de possibilidades sintomáticas e de alterações fisiológicas. Os aspectos abordados ressaltam características psicológicas e alterações fisiológicas que são frequentemente observadas nos quadros depressivos. Os sintomas que compõem o quadro depressivo afetam diversas áreas da vida do paciente, comprometendo suas atividades pessoais e sociais.

Uma pessoa deprimida tem como principais sintomas angústia, tristeza, desânimo e apatia. Além disso, pode surgir o sentimento de culpa e a percepção de que está decepcionando seus familiares e amigos. As pessoas deprimidas tornam-se irritadas e ansiosas além do habitual e excessivamente críticas consigo mesmas. Há uma falta de energia que torna difícil o

engajamento em atividades. Podem aparecer sintomas físicos associados, como insônia, perda de apetite e de desejo sexual. A desesperança pode crescer, levando a desejos de morrer, isto é, a pensamentos suicidas (RANGÉ, 2008).

Observa-se que pessoas portadoras de diversas enfermidades apresentam sintomas de depressão. Esse fato parece estar ligado a fatores fisiológicos e psicológicos. Do ponto de vista fisiológico, existe a possibilidade de ocorrerem alterações decorrentes da própria enfermidade. Essa hipótese se baseia no fato de que a presença de algumas doenças parece aumentar o risco de depressão. E uma outra situação, provavelmente responsável por grande parte dos casos, está relacionada com efeitos colaterais dos medicamentos utilizados no combate à doença, provocando sintomas depressivos. No campo psicológico, algumas enfermidades, principalmente aquelas que oferecem algum tipo de risco para a vida da pessoa, aquelas cujas sequelas causam limitações diante da vida e as que requerem longos períodos de internação podem provocar sentimentos de baixa autoestima, incapacidade, exclusão, impotência, insegurança e desesperança. Entre as enfermidades que costumam revelar sintomas depressivos associados ao quadro, estão: câncer, mal de Parkinson, demência, diabetes, problemas hepáticos, distúrbios da tireoide, hipertensão, problemas cardíacos, AIDS, doenças degenerativas e problemas renais (TEODORO, 2010).

2.5 Doença Renal Crônica

Ribeiro *et al.* (2008) descrevem que a insuficiência renal crônica, é entendida como um diagnóstico sindrômico de perda progressiva e normalmente irreversível da função renal de depuração, ou seja, da filtração glomerular, ou seja, os rins não são capazes de remover os produtos de degradação metabólica do corpo ou de realizar as funções reguladoras. Caracteriza-se pela deterioração das funções bioquímicas e fisiológicas de todos os sistemas do organismo, secundária ao acúmulo de catabólitos (toxinas urêmicas), alterações do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico, acidose metabólica, hipovolemia, hipercalemia, hiperfosfatemia, anemia e distúrbio hormonal, hiperparatireoidismo, infertilidade, retardo no crescimento, entre outros.

A insuficiência renal crônica consiste em uma diminuição progressiva e global da função renal que atinja um nível abaixo de 10% na insuficiência renal crônica em estágio terminal, estágio posterior doença renal grave, durante a qual torna necessário que a sobrevivência implemente um tratamento de substituição para a função rim por transplante ou diálise (peritoneal contínua ou hemodiálise) (BARBOSA; SALOMON, 2013).

As causas mais comuns da insuficiência renal crônica são a diabetes, a hipertensão arterial, glomerulopatias e infecção renal crônica. Romão Júnior *et al.* (2003) diz que, incidência de IRC vem aumentando principalmente pelo envelhecimento da população, pelo aumento no número de portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*.

A insuficiência renal crônica também pode ser causada por doenças sistêmicas como diabetes mellitus; glomerulonefrite crônica; pielonefrite; hipertensão não controlada; obstrução do trato urinário; lesões hereditárias (doença renal policística); distúrbios vasculares; infecções; medicamentos; agentes tóxicos; agentes ambientais e ocupacionais (chumbo, cádmio, mercúrio e cromo) (RIBEIRO *et al.*, 2008).

O paciente com insuficiência renal crônica apresenta alterações sistêmicas devido às múltiplas funções renais afetadas, doenças de base sistêmicas e às próprias complicações referentes a IR. Assim, o tratamento deverá envolvê-lo de forma ampla, abrangendo desde a psicoterapia, o direcionamento nutricional, o controle das doenças primárias, como diabetes e hipertensão, a correção de distúrbios metabólicos, orientações adequadas sobre a doença, o tratamento e autocuidado, envolvendo equipe multidisciplinar, até a adoção de uma terapia de substituição renal (RIBEIRO *et al.*, 2008).

2.5.1 Diagnóstico da Doença Renal Crônica

Segundo o Ministério da Saúde (2015) a maioria das pessoas não apresenta sintomas graves até que a insuficiência renal esteja avançada. Porém, o paciente pode observar que, sente-se mais cansado e com menos energia, tem dificuldades para se concentrar, está com o apetite reduzido, sente dificuldade para dormir, sente câibras à noite, está com os pés e tornozelos inchados, apresenta inchaço ao redor dos olhos, especialmente pela manhã, está com a pele seca e irritada, urina com mais frequência, especialmente à noite (BRASIL, 2015).

Bastos, Bregman e Kirsztajn (2010) explicam que a aferição da filtração glomerular é uma ótima maneira de avaliar a função renal, essa função diminuída é vista como um bom índice da função renal, entende-se que uma queda nesse índice antecede o aparecimento de sintomas de falência renal em todas as formas de doença renal progressiva. O nível da filtração glomerular varia com a idade, sexo, e massa muscular, e sabe-se que diminui com a idade e que filtração glomerular menor que 60mL/min/1,73m² representa diminuição de cerca de 50% da função renal normal e, abaixo deste nível, aumenta a prevalência das complicações da doença renal crônica, cerca de 17% das pessoas com mais de 60 anos apresentam filtração glomerular menor que 60mL/min/1,73m (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Entende-se também que, a insuficiência renal crônica é uma síndrome que pode ter início com vários sinais e sintomas. Inicialmente, ocorre uma queda progressiva da filtração glomerular, retendo no organismo várias substâncias eliminadas pelos rins, principalmente os catabólitos finais dos compostos nitrogenados, como a ureia. A retenção dessas substâncias provoca alterações no funcionamento de todo o organismo, originando o quadro clínico da uremia, com clearance de creatinina igual ou menor a 10ml/min (RIBEIRO *et al.*, 2008).

As manifestações clínicas são consequências ou estão associadas às doenças que evoluem com a redução da taxa de filtração glomerular. No início, essas manifestações são mínimas e podem ser indicadas pela presença de fadiga, letargia, fraqueza geral, anorexia, náuseas e vômitos e insônia (KUSUMOTA; RODRIGUES; MARQUES, 2004).

Quando a função renal diminui mais que 50%, é comum observarmos, também, a anemia decorrente da diminuição da produção renal de eritropoetina, que atua na eritropoese (KUSUMOTA; RODRIGUES; MARQUES, 2004). Em casos de lesões renais graves, os rins deixam de eliminar escórias nitrogenadas e ainda não conseguem regular o balanço de água e sódio, provocando a retenção de líquidos e o aparecimento de hipertensão arterial e edema, incluindo o edema agudo de pulmão que, quando não diagnosticado e devidamente tratado precocemente, pode levar a consequências graves e potencialmente mortais (ALVES; BASTOS; SILVA, 2014).

2.5.2 Grupos de risco para Doença Renal Crônica

Bastos, Bregman e Kirsztajn (2010) apresentam que alguns pacientes são bem mais vulneráveis para a doença renal crônica, e que são descritos como grupos de risco, são eles: hipertensos, diabéticos, idosos, pacientes com doença cardiovascular, familiares de pacientes portadores de doença renal crônica e pacientes em uso de medicações nefrotóxicas.

2.5.2.1 Hipertensos

A hipertensão arterial é comum na doença renal crônica, podendo ocorrer em mais de 75% dos pacientes de qualquer idade (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010). A elevação da pressão arterial está relacionada à progressão da doença renal crônica por dois fatores: transmissão do aumento da pressão arterial sistêmica para microvascularização renal e presença de proteinúria (FRANCO, 2002).

No rim saudável, existe um processo de autorregulação que mantém fluxo sanguíneo constante e pressão capilar intraglomerular, apesar das flutuações na pressão arterial média entre 80 e 160 mmHg. Esse mecanismo de autorregulação da pressão e fluxo hidrostático

glomerular constitui um elemento importante na proteção glomerular, pois o aumento da pressão intraglomerular está relacionado à suscetibilidade ao desenvolvimento de danos nos rins (DOUGLAS, 2001).

2.5.2.2 Diabéticos

Os pacientes diabéticos apresentam um risco maior para doença renal crônica e doença cardiovascular e por esse motivo devem ser monitorizados com uma certa frequência para a ocorrência da lesão renal (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010). A probabilidade de um portador de diabetes *mellitus* ter algum grau de nefropatia diabética é ao redor de 30% (SBD, 2014).

A doença renal crônica é uma das complicações mais comuns e devastadoras do diabetes *mellitus* tipo 2. Frequentemente, pacientes com diabetes mellitus têm doença renal crônica, e esse processo, além de aumentar significativamente a morbimortalidade cardiovascular, é a principal causa de terapia de substituição renal na maioria dos países. Atualmente, há opções terapêuticas para melhorar sua evolução, principalmente quando detectada nos estágios iniciais. Esses dados reforçam a necessidade de detecção precoce e tratamento adequado dessa doença, para os quais é essencial uma estreita colaboração entre a especialidade da nefrologia e atenção primária à saúde (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

2.5.2.3 Idosos

A redução fisiológica da filtração glomerular e, as lesões renais que decorrem com a idade, secundárias a doenças crônicas comuns em pacientes de idade avançada, tornam os idosos susceptíveis a doença renal crônica (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010). Um estudo recente de Amaral *et al.* (2019) demonstrou que a prevalência geral de doença renal crônica foi de 21,4% nos idosos. Outros dados relevantes demonstraram que as pessoas com idade entre 65 e 74, representaram a maior população em Terapia Renal Substitutiva (TRS) por 100 mil da população (782), em relação às demais faixas etárias (BRASIL, 2019).

O envelhecimento fisiológico tem sido relacionado a processos inflamatórios, perda de densidade óssea e presença de doença vascular aterosclerótica. Reconhece-se que, como parte desse processo, há um ligeiro declínio na função física e cognitiva, bem como nas funções metabólicas, incluindo a função renal (RIBEIRO *et al.*, 2008).

2.5.2.4 Pacientes com doença cardiovascular

A doença renal crônica é considerada fator de risco para doença cardiovascular e novos estudos provou que a doença cardiovascular se relaciona independentemente com a diminuição da filtração glomerular e com a ocorrência de doença renal crônica (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010). Um estudo de Pinho, Silva e Pierin (2015), ressaltou que o cálculo amostral considerou a estimativa da prevalência de doença renal crônica de 13% em pacientes internados em decorrência de doença cardiovascular.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007) um dos aspectos mais importantes das doenças cardiovasculares para o cardiologista e outros médicos é colocar a patologia no contexto em que ela ocorre. A presença de diabetes ou pressão alta é um determinante muito claro em suas indicações e prescrições, mas talvez a doença renal crônica não seja tão clara. E é assim porque, em muitos casos, existe a chamada doença renal oculta; isto é, valores normais de creatinina plasmática, mas com uma filtração glomerular reduzida abaixo de 60/ml/min, o que é comum em mulheres com mais de 65 anos de idade.

Nos países industrializados, atualmente, as doenças crônicas representam uma séria ameaça epidêmica à saúde da população, e as previsões de saúde indicam que a prevalência de doenças cardiovasculares atingirá níveis epidêmicos em todo o mundo nos próximos anos, especialmente devido ao aumento da obesidade e diabetes na população em geral. Até agora, as doenças renais crônicas não eram consideradas do ponto de vista de um problema de saúde da população, assim como as doenças cardíacas, cerebrovasculares e câncer. No entanto, a doença renal crônica é uma das principais causas de morte no mundo industrializado (FLOR; CAMPOS, 2017).

2.5.2.5 Familiares de pacientes portadores de Doença Renal Crônica

Os familiares de pacientes portadores de doença renal crônica apresentam uma enorme probabilidade de serem portadores de hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, proteinúria e doença renal (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010). Os estudos sobre a prevalência de doença renal crônica por fator hereditário ainda são escassos e Almeida *et al.* (2015) cita um único estudo realizado no Brasil que verificou a agregação familiar da doença renal crônica em pacientes submetidos à transplante renal. Doenças hereditárias, como doença renal policística, que causa a formação de grandes cistos nos rins e danificam o tecido circundante, também representam fatores de risco para doença renal crônica. A confirmação de fatores de riscos pode ser muito importante para medidas de prevenção em familiares.

2.5.2.6 Pacientes em uso de medicações nefrotóxicas

O uso de medicações nefrotóxicas deveria ser evitado ou otimizado nos pacientes com doença renal crônica, o termo nefrotóxico é usado para caracterizar qualquer efeito deletério sobre a função renal causado por um agente químico específico (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Iavecchia *et al.* (2015) citam que metade dos episódios de insuficiência renal aguda durante a hospitalização relacionam-se a medicamentos. Pacientes com insuficiência renal aguda relacionada a medicamentos apresentam maior morbidade cardiovascular do que aqueles com insuficiência renal aguda relacionados a outras causas, mas apresentaram menor frequência de fatores de risco e mortalidade por insuficiência renal aguda.

2.5.3 Tratamento da Doença Renal Crônica

O tratamento da insuficiência renal crônica procura tratar a causa contida e tomar medidas para ajudar a controlar os sinais e sintomas, limitando assim as complicações, o que retarda o avanço da doença (BRASIL, 2014).

O primeiro objetivo do tratamento é tratar a causa da doença renal crônica. O médico terá o objetivo de adiar ou controlar a causa da doença renal, então as opções tendem a diversificar, dependendo de cada caso. Porém, os danos nos rins podem se intensificar, mesmo quando uma condição subjacente tenha sido controlada (BRASIL, 2019).

O segundo objetivo é tratar as complicações da doença renal para trazer um cenário mais cômodo para o paciente. Os tratamentos podem incluir: a) medicamentos para hipertensão. Pessoas com doença renal podem apresentar piora da pressão arterial. A recomendação de medicação para baixar a pressão arterial e preservar a função renal pode ser prescrita. Remédios para pressão alta podem inicialmente diminuir a função renal e alterar os níveis de eletrólitos, portanto, os exames de sangue são realizados frequentemente para monitorar a condição; b) medicamentos para baixar os níveis de colesterol. Pacientes renais crônicos costumam níveis elevados de colesterol ruim frequentemente e essa condição pode aumentar o risco de doença cardíaca. Diante disso, é comum que o médico receite medicamentos para baixar o colesterol; c) medicamentos para tratar a anemia. Se for necessário, o médico pode recomendar suplementos do hormônio eritropoietina, às vezes com adição de ferro. Os suplementos de eritropoietina ajudam a produzir mais glóbulos vermelhos, o que pode diminuir a fadiga e a fraqueza relacionadas à anemia; d) medicamentos para aliviar o inchaço. Os medicamentos diuréticos podem ser prescritos para ajudar a manter o equilíbrio de fluidos em seu corpo, diminuindo o inchaço nas pernas e a pressão alta; e) medicamentos para proteger

os ossos. Suplementos de cálcio e vitamina D são recomendados para prevenir ossos fracos e reduzir o risco de fraturas, além de medicamentos conhecidos como um aglutinante de fosfato para limitar a quantidade de fosfato no sangue e preservar os vasos sanguíneos contra defeitos causados por depósitos de cálcio; f) mudanças na dieta. Recomenda-se realizar dieta com menos proteínas, pois elas podem criar resíduos após a digestão que obrigam os rins a filtrar do sangue. Para diminuir a quantidade de trabalho de seus rins, é necessário ingerir menos proteína (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

O terceiro objetivo engloba recomendações no tratamento para doença renal em estágio terminal, feito quando os rins não conseguem acompanhar o desperdício e a eliminação de fluidos por conta própria. Quando isso acontece significa que a insuficiência renal está completa ou quase completa. Quando esse estágio é diagnosticado, o tratamento envolve a diálise ou um transplante de rim (RIBEIRO *et al.*, 2008).

A diálise tem o objetivo de tirar artificialmente os resíduos e o fluido extra do sangue quando os rins não conseguem mais fazer essa função. Na hemodiálise onde o sangue é filtrado, usa-se uma máquina para realizar esse processo. Na diálise peritoneal, um tubo fino é inserido no abdômen para encher a cavidade abdominal com uma solução de diálise que absorve os resíduos e excesso de fluidos. Após um período de tempo, a solução de diálise é drenada do corpo, carregando os resíduos com ela (BRASIL, 2013).

O transplante de rim envolve a colocação cirúrgica de um rim saudável de um doador. Geralmente, os rins transplantados podem vir de doadores falecidos ou vivos, mas será preciso tomar medicamentos para o resto da vida para evitar que o corpo rejeite o novo órgão (SILVA FILHO; NORONHA, 2003).

Caso o paciente opte por não fazer diálise ou transplante renal, a terceira opção é tratar a insuficiência renal com medidas conservadoras, mas se a insuficiência renal for completa, a expectativa de vida costuma ser de apenas alguns meses (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

2.5.4 Doença Renal Crônica no Brasil

A doença renal crônica nos dias de hoje é vista como um problema de saúde pública mundial (prevalência de 7,2% para pessoas acima de 30 anos e 28% a 46% em indivíduos acima de 64) anos, no Brasil, a incidência e a prevalência estão aumentando (cerca de 100 mil brasileiros em diálise, com uma taxa de internação hospitalar de 4,6% ao mês e uma taxa de mortalidade 17% ao ano) (SBN, 2013). O prognóstico ainda é ruim e os custos do tratamento da doença são altíssimos, e isso é resultado de um processo onde a doença renal crônica é

subdiagnosticada e tratada de maneira inadequada, e desse modo deixando de implantar e exercer formas de prevenção primária, secundária e terciária, em sua maioria devido à falta de conhecimento da definição e classificação dos estágios da doença, e também devido a não utilização de testes simples para o diagnóstico e avaliação funcional da doença (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

A prevenção primária da doença renal concentra-se em evitar o aparecimento da doença (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). Pode ser realizada uma avaliação de novos biomarcadores na urina e no sangue para detecção de danos e lesões renais precoces, antes que a doença renal crônica seja estabelecida. Atualmente, são investigadas proteínas específicas na urina para quantificar e localizar os danos no rim. Essa abordagem é denominada como "biópsia não invasiva" do rim (DUSSE *et al.*, 2017). Essa abordagem levará a novos métodos para detectar efeitos adversos e prever riscos para o aparecimento e progressão da doença renal. Também são utilizadas técnicas para identificar fatores de risco associados a declínios muito precoces da função renal. A prevenção secundária da doença renal concentra-se na identificação da doença em estágios iniciais, a fim de instituir estratégias de manejo apropriadas. Por fim, a prevenção terciária da doença renal concentra-se em estratégias que tentam reduzir a carga de doenças avançadas estabelecidas (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

2.5.4.1 Ações do Sistema Único de Saúde (SUS)

Os dois principais fatores de risco para doença renal crônica, hipertensão e diabetes, são tratadas no Sistema Único de Saúde (SUS), através dos cuidados da Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema público de saúde no Brasil, representado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2014). É função da Atenção Básica atuar em ações preventivas dos fatores de risco e proteção para a doença renal crônica, através do controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida (BRASIL, 2019).

Quanto as formas de tratamento para pacientes com Doença Renal Crônica, o SUS oferece duas modalidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS), ou seja, tratamentos que substituem a função dos rins: a hemodiálise, que tem por funções bombear o sangue através de uma máquina e um dialisador, para remover as toxinas do organismo. Essa forma de tratamento acontece em clínicas especializadas, três vezes por semana. A outra forma de tratamento é a diálise peritoneal, feita diariamente na casa do paciente, que é realizada por meio da inserção de um cateter flexível no abdome do paciente, normalmente no período noturno (BRASIL, 2019).

Nos casos de pacientes que optem pelo tratamento de terapia renal substitutiva (transplante, diálise peritoneal e hemodiálise), os mesmos deverão ser acompanhados por uma equipe multiprofissional composta de no mínimo os seguintes profissionais médico especialista nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, nas denominadas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, porém ainda mantendo vínculo com as Unidades Básicas de Saúde para acompanhamento e controle das comorbidades, tais como: hipertensão e diabetes (BRASIL, 2014).

2.6 *Coping*

O componente motor da resposta ao estresse é constituído por comportamentos ou estratégias de enfrentamento (*coping*), que se constituem processos cognitivos e comportamentais em constante mudança que se desenvolvem para lidar com as demandas externas e/ou internas específicas que são avaliados como excedente ou transbordante dos recursos do indivíduo, uma vez que eles apareceram ou mesmo antes de aparecerem (LÁZARO; FOKMAN, 1986, *apud* DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019).

Assim, o termo *coping* abrange respostas específicas ou estratégias específicas de enfrentamento de natureza muito diversa, por exemplo, negação, busca de apoio emocional, planejamento, distanciamento, reinterpretação positiva, aceitação, entre outras (SEIDL; TROCCOLI; ZANNON, 2001).

2.6.1 Definição de *Coping*

A definição de *coping* tem sido constituída como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelas pessoas para se ajustarem a situações adversas ou estressantes. Os esforços utilizados pelos indivíduos para lidar com situações de estresse, tanto crônicas como agudas, têm elaborado objeto de estudo da psicologia social, clínica e da personalidade, onde está fortemente ligado ao estudo das diferenças individuais. Diferenças importantes que podem ser observadas em suas construções, tanto a nível teórico quanto a nível metodológico, resultando de suas filiações epistemológicas (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998, *apud* MELO *et al.*, 2016).

2.6.2 Breve história do estudo do *Coping*

No século XX, no início das décadas de 1960 e 1970, o *coping* foi idealizado de maneira hierárquica por autores da Psicologia do Ego, ligado aos mecanismos de defesa e na formulação psicanalítica do desenvolvimento humano, tais autores destacavam o grau de

maturidade ou imaturidade no uso de uma determinada estratégia de enfrentamento, considerando então uma visão estrutural do *coping*, que englobaria desde comportamentos mais adaptativos ou saudáveis até defesas neuróticas e psicóticas, com destaque para os traços de personalidade (FOLKMAN, 2011, *apud* RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015).

O pensamento hierárquico ou psicodinâmica do *coping* sofreu várias críticas como: a falta de consistência geral dos traços de personalidade (por se apoiar em noções preconcebidas sobre saúde ou patologia); desordem entre o enfrentamento e seus resultados; e subestimação do papel dos fatores situacionais e culturais no enfrentamento. E justo a essa concepção o enfrentamento não era estudado de maneira em que as respostas de *coping* poderiam mudar ao longo do tempo ou de acordo com o contexto situacional, e sim de maneira imóvel a cada situação vivenciada (LAZARUS; FOLKMAN, 1984, *apud* DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019).

Em um segundo momento, surge então uma outra abordagem para a compreensão do *coping*, isso na década de 1960, com o livro seminal de Lazarus, em 1966 “*Psychological Stress and Coping Process*”. Esse autor surgiu com um novo argumento que descrevia o *coping* como um processo resultante de uma transferência entre o indivíduo e o ambiente, buscando seus determinantes situacionais e cognitivos. Nomeado como um modelo adaptado do estresse e *coping*, também conhecido como modelo cognitivo do estresse e *coping* ou ainda como perspectiva cognitiva do *coping*, o trabalho de Lazarus e colaboradores tem se sobressaído na área desde então (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Baseado na história, a proposta de Lazarus e Folkman (1984, *apud* RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015) foi a que apresentou maior repercussão na área e foi o mais pertinente para mudar o estudo do enfrentamento baseado no estilo ou traço de personalidade, passando a ser visto como um processo, mas, apesar disso, a proposta original de Lazarus e Folkman recebeu críticas no que se refere à definição do *coping* como envolvendo apenas as respostas que requerem esforço consciente e por não abordar aspectos no desenvolvimento do enfrentamento.

Com o crescente destaque na superação referente ao estresse, surge então uma terceira visão teórica, que descreve o *coping* como ação regulatória, no contexto da qual se destaca a Teoria Motivacional do *Coping*, descrita por Ellen Skinner e colaboradores (2003, *apud* RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015). Vista como um cenário motivacional e desenvolvimentista de análise do *coping*, que tem se expandido e suas principais suposições como ação regulatória, sendo que o termo ação se refere a padrões organizados de comportamento, emoção, atenção e motivação, também chamados de esquemas de ação (FONSECA, 2016).

2.6.3 Estratégias de *Coping*

As estratégias de coping são constituídas de ações, comportamentos ou pensamentos usados para enfrentar uma situação estressante, e pode-se dizer que as estratégias de *coping* têm sido classificadas quanto à função, em duas categorias: técnicas de enfrentamento centradas no problema ou centradas na emoção (FOLKMAN; LAZARUS, 1980, *apud* ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Ao se trabalhar estratégias centradas no problema, o indivíduo se empenha para administrá-los ou então melhorar seu relacionamento com o meio. As estratégias centradas na emoção, se empenham em substituir ou regular o impacto emocional do estresse no indivíduo, originando-se principalmente de processo confrontar conscientemente com a realidade de ameaça (NERI, 2005).

O *coping* focalizado na emoção é descrito como um esforço para equilibrar o estado emocional que é ligado ao estresse, ou é o resultado de eventos estressantes. Estes esforços de *coping* são dirigidos a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos, e tem como objetivo principal mudar o estado emocional do indivíduo. Como por exemplo, sair para caminhar, conversar com pessoas interessantes, tomar um tranquilizante, assistir a uma série na TV, são exemplos de estratégias administrativas a um nível somático de tensão emocional. O objetivo destas estratégias é diminuir a sensação física desagradável de um estado de estresse (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019).

O *coping* focalizado no problema consiste em empenhar-se para agir na situação que deu origem ao estresse, tentando mudá-la. A utilidade desta estratégia é modificar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão. A atividade exercida pelas técnicas de enfrentamento pode ser conduzida internamente ou externamente (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Quando essas técnicas são aplicadas focalizado no problema é conduzida para uma fonte externa de estresse, trabalha com estratégias que possam se reajustar para solucionar um problema interpessoal ou pedir ajuda de outras pessoas do convívio do indivíduo. As técnicas de *coping* focalizadas no problema, e coordenado internamente, normalmente inclui reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento estressor (MELO *et al.*, 2016).

O modelo das estratégias de enfrentamento de Folkman e Lazarus (1980) envolve quatro conceitos principais: a) enfrentamento é um processo ou uma interação que acontece entre o indivíduo e o ambiente; b) tem como objetivo administrar tal situação estressora, ao invés de controlar e dominá-la; c) esses métodos necessitam de avaliação, ou seja, entender como o fenômeno é visto, entendido e cognitivamente traduzido na mente do sujeito; d) o processo de enfrentamento origina-se em uma associação de inúmeros esforços, pelo qual os

sujeitos empreendem esforços cognitivos e comportamentais para administrar essa situação, ou seja, reduzindo, minimizando ou tolerando, as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019). Estudos desenvolvidos por O'Brien e DeLongis (1996, *apud* ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998) apresentou uma outra estratégia de enfrentamento, focalizada nas relações interpessoais, onde o sujeito busca apoio nas pessoas do seu círculo social para resolver uma situação estressante.

Ao conhecer as estratégias de enfrentamento adequada para cada situação, as pessoas podem se tornar mais hábeis para lidar bem com as dificuldades e aprender quais os tipos de estratégias serão mais eficazes perante a cada situação apresentada. Porém, adaptar-se ou não a um certo fato e enfrentar situações semelhantes de maneiras bem diferentes, depende de fatores que englobam muitos aspectos, entre eles os culturais, emocionais, vivências anteriores e características pessoais (NERI, 2005).

2.6.4 Eficácia das estratégias de *Coping*

Outra perspectiva discutível na bibliografia do *coping* refere-se à eficácia das estratégias empregadas pelos indivíduos durante o processo de aplicação. Segundo Beresford (1994, *apud* ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998), mesmo que a apreciação sobre a eficácia das estratégias de *coping* tenha se mostrado extremamente particular em muitas pesquisas, o mesmo deve ser visto como independente do seu resultado.

Sabendo que no modelo de *coping* e estresse proposto por Lazarus e Folkman (1984, *apud* DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019), qualquer atividade aplicada para direcionar o estressor é considerado *coping*, tenha ela ou não um resultado satisfatório. Assim, uma estratégia de *coping* não pode ser entendida como internamente boa ou má, adaptativa ou mal adaptativa. Torna-se então importante observar a natureza do estressor, a disponibilidade de recursos de *coping* e o resultado do esforço de *coping*.

Já para Compas (1987, *apud* ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998), uma e outra estratégias de *coping*, focalizada no problema e focalizada na emoção são importantes, mas sua eficiência é descrita por flexibilidade e mudança. Se surgirem novas ações, deve-se propor novas formas de *coping*, pois uma estratégia pode não ter o resultado positivo para todos os tipos de estresse. O resultado de uma estratégia de *coping* torna-se difícil de ser avaliada, devido as mudanças que podem ocorrer com o tempo. Além disso, uma estratégia de *coping* que alivia imediatamente o estresse pode ser a causa de dificuldades posteriores.

Logo Beresford (1994, *apud* MUSSUMECI; PONCIANO, 2018; ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998) enfatiza que as técnicas de *coping* não pode ser simplificado pois, quando um indivíduo enfrenta um estressor, as estratégias de *coping* são utilizadas individualmente, ordenadamente e em total combinação. Assim, o impacto de uma estratégia de *coping* pode ser confundida pelo efeito de outras estratégias aplicadas.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de Pesquisa

As pesquisas podem ser classificadas com base em sua natureza, abordagem do problema, objetivos e nos procedimentos técnicos utilizados. Sendo assim, quanto à natureza, esta pesquisa se classificou como aplicada, definida por Gil (2002), como o tipo de pesquisa projetada para responder perguntas específicas, destinadas a resolver problemas práticos. A aplicabilidade de instrumentos e intervenções em pacientes em hemodiálise na Clínica de Tratamento Renal permitiram observar e identificar as estratégias de *coping* presentes e os efeitos manifestados na saúde mental dos mesmos, o que abarcou outra característica da pesquisa aplicada, pois envolveu verdades e interesses locais.

A abordagem quanti-qualitativa foi utilizada como enfoque ao problema de pesquisa, e, segundo Gil (2002), a mesma busca aprofundar-se em um tema para obter informações estatísticas sobre as motivações, pensamentos e atitudes das pessoas, promovendo profundidade de entendimento às perguntas de pesquisa. Para Silva (2004), a análise quanti-qualitativa resulta em dados avançados que fornecem uma imagem detalhada e que serão particularmente úteis para explorar como e o porquê dos fenômenos. A problematização desta pesquisa permitiu, portanto, adotar a abordagem qualitativa, visto que buscou identificar sintomas de ansiedade e depressão dos pacientes em tratamento de hemodiálise, detalhou as estratégias de *coping* utilizadas por eles, e disponibilizou técnicas para auxiliar na ampliação de seus repertórios comportamentais de enfrentamento dos sintomas.

A pesquisa descritiva é uma escolha apropriada quando o objetivo da pesquisa é identificar características, frequências, tendências e categorias (DEMO, 2000). De acordo com Gil (2008) também é útil quando ainda não se sabe muito sobre o problema, o que incluiu nesta pesquisa, a investigação da relação entre estratégias de *coping* e os sintomas de ansiedade e depressão dos pacientes em hemodiálise. Portanto, antes de pesquisar por que algo acontece, é mais útil entender como, quando e onde isso acontece, que foi o objetivo deste estudo, descrever como se processa a depressão, ansiedade e *coping* de pacientes em hemodiálise e de que forma ocorrem.

Quanto aos procedimentos técnicos para alcance dos objetivos e resposta ao problema de pesquisa, foram utilizados o levantamento e a pesquisa bibliográfica. No primeiro momento, na elaboração do projeto de pesquisa, foi utilizado o procedimento técnico de pesquisa bibliográfica, que permitiu o embasamento teórico para a coleta de dados e posterior análise e

discussão dos resultados da pesquisa. Marconi e Lakatos (2003) explicam que a pesquisa bibliográfica compreende fases, tais como: escolha do tema, elaboração do plano de trabalho, identificação, localização, compilação, fichamento, análise, interpretação e redação. Todas as etapas citadas foram seguidas para a construção da pesquisa que possui como tema depressão, ansiedade e *coping* de pacientes em hemodiálise. A literatura foi selecionada a partir de livros do acervo pessoal da pesquisadora e artigos científicos disponíveis principalmente na Biblioteca Virtual em Saúde SciELO, dos quais foram privilegiados para utilização, os materiais datados a partir do ano 2000, porém estudos com a abordagem do *coping* ainda são escassos.

Outro procedimento técnico que foi utilizado na pesquisa, foi o levantamento, que segundo Gil (2002), é definido pela coleta de informações de uma amostra de indivíduos através de suas respostas às perguntas. Esse tipo de pesquisa permite uma variedade de métodos para recrutar participantes, coletar dados e utilizar vários métodos de instrumentação. Como esta pesquisa pretendia descrever e explorar o comportamento humano através da identificação das estratégias de *coping*, sintomas de depressão e ansiedade específicas da amostra selecionada, o levantamento foi feito através da aplicação de instrumentos específicos para mensurar essas variáveis. Portanto, as pesquisas que utilizam o levantamento como procedimento técnico, são frequentemente utilizadas em pesquisas sociais e psicológicas (GIL, 2008).

3.2 População e Amostra

A presente pesquisa foi realizada nas dependências físicas da Clínica de Tratamento Renal (CTR), que oferece atendimento clínico especializado de hemodiálise, pelo SUS, convênios e particular, situada no Município de Sinop-MT, sendo a única unidade especializada da região, estando entre as duas de todo o estado do Mato Grosso. Portanto, a população desta pesquisa se constituiu pelos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico na CTR. Os pacientes atendidos caracterizam-se em sua maioria por pessoas idosas, representando um público de 70%, 15% são adultos de 30 a 60 anos, 10% adultos jovens de 20 a 30 anos e 5% pacientes mais jovens.

O serviço de atendimento clínico especializado em hemodiálise da CTR, recebe em média de 30 pacientes renais crônicos por turno, totalizando cerca de 120 pacientes diariamente, distribuídos em 4 turnos para sessões de hemodiálise de segunda a sábado, os quais cada paciente realiza as sessões de tratamento de 3 a 4 dias por semana, conforme recomendação médica.

No presente estudo, a amostra dos participantes foi dividida em duas categorias, um grupo denominado grupo de intervenção (Grupo A) e outro denominado grupo controle de

avaliação (Grupo B). Participaram da pesquisa, os indivíduos que contemplaram os critérios de inclusão, para os dois grupos, cada grupo foi composto por 5 participantes totalizando 10 indivíduos na amostra, que possibilitou melhor controle da pesquisadora para aplicação dos instrumentos e intervenções, visando oferecer novos repertórios comportamentais de enfrentamento (*coping*) aos pacientes.

Como critérios de inclusão para a seleção da amostra, foram incluídos pacientes portadores de doença renal crônica diagnosticados em um período maior que 06 meses, pois é a partir desse tempo de tratamento que as psicopatologias associadas ao tratamento da Doença Renal Crônica começam a ser evidenciadas, com idades entre 20 anos a 80 anos, independentemente de ser alfabetizado. Os participantes deveriam apresentar preservação cognitiva (memória, atenção e inteligência) para responder às demandas da pesquisa e estar em acompanhamento clínico regular e ambulatorial de hemodiálise no Centro de Tratamento Renal – CTR. Foram convidados os pacientes que realizam o tratamento hemodialítico de segunda a sábados no 4º período de atendimento (das 19:00 às 23:00), devido a disponibilidade da pesquisadora para realização dos procedimentos de coleta de dados.

Conforme já relatado, a amostra selecionada foi dividida em dois grupos, ambos foram submetidos a uma avaliação inicial e final com os instrumentos de pesquisa selecionados, porém, somente o grupo A recebeu intervenção terapêutica com estratégias de *coping* durante a fase de coleta de dados, e ao final, o grupo controle também passou pelas mesmas estratégias terapêuticas que o grupo A, a fim de beneficiar igualmente todos os envolvidos no estudo.

3.3 Coleta de dados

Após aprovação da presente pesquisa pelo Comitê de ética em pesquisa, os pacientes do CTR -Centro de Tratamento Renal foram convidados a participar desta pesquisa, sendo lhes apresentados os objetivos do estudo, e os devidos esclarecimentos a partir da leitura e explicação do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e coleta de assinatura, quando houve aceitação.

O levantamento dos dados se deu primeiramente com a avaliação diagnóstica dos participantes do grupo A e do grupo B, realizando o preenchimento dos 3 inventários/questionários escolhidos para tal finalidade.

A aplicação dos instrumentos selecionados ocorreu de forma coletiva, na qual os participantes foram orientados a responder as questões propostas nos instrumentos seguindo a explicação da pesquisadora, que fez a leitura coletiva questão por questão, a fim de oferecer o devido apoio quanto ao esclarecimentos de dúvidas e dificuldades encontradas ao longo da

aplicação. Não houve tempo limite para o preenchimento dos instrumentos, mas estimou-se que cada participante levou em média de 1 hora e meia para completá-los, o que foi feito em um único encontro, tendo em vista os pacientes permanecerem por 4 horas sentados em processo de hemodiálise.

A segunda etapa de coleta de dados foi composta pela execução de intervenções terapêuticas adaptadas ao trabalho de grupo com os pacientes em processo de hemodiálise, estando incluídas estratégias de *coping* (estratégias de enfrentamento para situações difíceis e estressantes) que foram vivenciadas primeiramente pelo grupo (A), durante a fase de coletas de dados primárias e secundárias, definido por meio de sorteio.

Foram realizados o total de 4 encontros estruturados com ações psicoterapêuticas aplicadas ao longo de duas semanas com duração média de 2 horas cada encontro, permitindo que os participantes compartilhassem suas percepções em grupo, estabelecendo relações que ajudaram os pacientes no processo de enfrentamento das problemáticas oriundas do tratamento hemodialítico (aceitação, motivação, persistência...).

Na fase de intervenções terapêuticas, foram aplicadas técnicas cognitivas e comportamentais de enfrentamento para conflitos emocionais, previstas na teoria cognitivo comportamental conforme literatura apresentada, as quais foram definidas com base nos resultados dos 3 questionários.

Após a coleta de dados primária (preenchimento do questionário) e coleta de dados secundária, intervenções terapêuticas com o grupo A, todos os participantes (grupo A e grupo B) foram reavaliados com a aplicação dos mesmos instrumentos de avaliação inicial, a fim de viabilizar ao pesquisador conteúdo de comparação dos resultados entre os participantes do grupo de intervenção (A) e grupo controle (B) que participaram e não participaram das intervenções terapêuticas com estratégias de *coping*.

Passadas as fases de coleta de dados primárias e secundárias, e o reteste com o preenchimentos das avaliações para os dois grupos, o grupo controle (B), também foi submetido aos 4 encontros de intervenções psicoterapêuticas, nos mesmos moldes, conteúdos, tempo de duração que o grupo (A).

As intervenções psicoterapêuticas propostas foram adaptadas às condições físicas em que os participantes se encontravam, ou seja, foram adaptadas a posição sentado nas máquinas em que o paciente/participante precisava permanecer para o tratamento hemodiálise, que possui duração obrigatória de 4 horas sequenciais.

Ressalta-se que, estando em período de pandemia do Covid-19, toda e qualquer medida de segurança descrita pelos órgãos de saúde pública e pela própria clínica de tratamento renal

– CTR como preservação do distanciamento físico, uso de máscara, higienização das mãos, uso de EPIs dentre outras, foram obrigatoriamente adotadas pela pesquisadora, no intuito de resguardar a saúde da mesma, dos funcionários e principalmente dos pacientes/participantes do local.

3.4 Instrumentos de Avaliação

O primeiro instrumento utilizado na pesquisa foi o Inventário de Depressão de Beck (BDI). O BDI foi introduzido pela primeira vez em 1961 e foi revisado várias vezes desde então (CUNHA, 2001). O BDI tem sido amplamente utilizado como um instrumento de avaliação na aferição da intensidade da depressão em pacientes que atendem aos critérios de diagnóstico clínico para síndromes depressivas (GANDINI *et al.*, 2007). No entanto, o BDI também encontrou um lugar na pesquisa com o restante da população, onde o foco do uso tem sido a detecção de depressão ou ideação depressiva, em pessoas a partir de 15 anos à terceira idade (CUNHA, 2001).

O BDI foi desenvolvido por meio de observações clínicas de sintomas e atitudes entre pacientes deprimidos e foram contrastadas com aquelas entre pacientes não deprimidos, a fim de obter diferenciação do grupo deprimido do restante dos pacientes psiquiátricos (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998). Os 21 sintomas e atitudes contidos no BDI refletem a intensidade da depressão; os itens recebem uma classificação de zero a três para refletir sua intensidade e são somados linearmente para criar uma pontuação que varia de 0 a 63. Os 21 itens incluídos refletem uma variedade de sintomas e atitudes comumente encontrados entre indivíduos clinicamente deprimidos (por exemplo, humor, retraimento social e distúrbios de sono) (CUNHA, 2001). A administração do BDI é direta e pode ser dada como uma entrevista pelo clínico ou como um instrumento autoaplicável.

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) foi o segundo instrumento utilizado na pesquisa. É uma ferramenta proeminente de triagem e pesquisa de resultados para medir a ansiedade. Fortes evidências psicométricas foram estabelecidas em diversas amostras, incluindo diversas amostras clínicas de pacientes psiquiátricos mistos. O BAI é relatado como uma das ferramentas mais utilizadas para avaliação da ansiedade, devido às vantagens em relação custo-efetividade e brevidade no procedimento de aplicação. O BAI também apresenta consistência interna em amostras clínicas e não clínica e uma boa confiabilidade teste-reteste (ANDRADE; GORENSTEIN, 2000).

O BAI também se caracteriza por um questionário de auto relato de 21 itens para avaliar a ansiedade clínica (ou seja, um excesso de ansiedade normal, resultando em sofrimento

significativo e comprometimento do funcionamento), diferenciado da ansiedade normal (ou seja, respostas emocionais adaptativas ao perigo) ou ameaça, bem como os aspectos únicos dos transtornos de ansiedade que se supõe serem diferentes daqueles dos transtornos depressivos (CUNHA, 2001).

O terceiro instrumento de pesquisa, foi o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (1985, *apud* SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996), adaptado para língua portuguesa. É um questionário que contém 66 itens que englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico. Geralmente esse evento é relatado em uma entrevista com uma breve descrição de quem estava envolvido, o local em que se deu o evento e o que aconteceu. Cada administração do questionário centraliza-se no processo de *coping* e *não-coping* a uma situação particular como estilos ou traços de personalidade. Os resultados dos testes empregados mostraram que o instrumento é preciso e válido para o estudo de estratégias de *coping*, segundo os padrões comumente aceitos em Psicologia (SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996). Segundo Savóia (2000), os 66 itens do instrumento são divididos em 8 fatores: Confronto (itens 46, 7, 17, 28, 34 e 6); Afastamento (itens 44, 13, 41, 21, 15 e 12); Autocontrole (itens 14, 43, 10, 35, 54, 62 e 63); Suporte Social (itens 8, 31, 42, 45, 18 e 22); Aceitação de Responsabilidade (itens 9, 29, 51 e 25); Fuga-Esquiva (itens 58, 11, 59, 33, 40, 50, 47 e 16); Resolução de Problemas (itens 49, 26, 1, 39, 48 e 52), e Reavaliação Positiva (itens 23, 30, 36, 38, 60, 56 e 20).

3.5 Análise de Dados

Os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica para a realização das análises estatísticas. Foi utilizado o método estatístico de análise descritiva, pois trata-se de um recurso que tende a facilitar a interpretação de dados relevantes, extraindo-os de um conteúdo bruto, no caso desta pesquisa, extraídos das respostas dos instrumentos de pesquisa selecionados para identificar ansiedade e depressão nos pacientes em hemodiálise e conhecer as estratégias de coping utilizadas por esses pacientes.

A análise dos dados possibilitou primeiramente identificar as características da amostra selecionada, através da seleção dos dados sociais e demográficos e exposição dos mesmos em planilhas para tabulação. Os resultados dos instrumentos aplicados nos pacientes renais crônicos apresentaram os índices de sintomas depressivos e ansiosos e para a apuração das pontuações (scores) foi utilizado o programa Excel, em que os escores totais foram obtidos pela soma das pontuações assinaladas pelos participantes e, quanto mais alto o escore, maior o nível de sintomas. Do mesmo modo, para análise dos dados do instrumento de estratégias de

coping, foram obtidas as médias aritméticas dos itens que compõem cada fator de utilização das estratégias de enfrentamento.

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados da coleta de dados da pesquisa, decorrentes da aplicação dos instrumentos de avaliação dos níveis de depressão, ansiedade e estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes da pesquisa, cuja amostra consistiu em pacientes em hemodiálise da Clínica de Tratamento Renal (CTR) de Sinop-MT, separados em dois grupos, denominado Grupo A, que recebeu intervenção com estratégias de *coping* e Grupo B, que não recebeu intervenção.

A apresentação dos dados sociodemográficos e os resultados dos instrumentos de avaliação de depressão e ansiedade podem relacionar-se a outras condições em pacientes em hemodiálise, como a associação com comorbidade, podendo indicar os efeitos do tratamento relacionadas a outras condições e variáveis (BRASIL, 2014). Em relação aos hábitos de vida e transtornos psicológicos, a pesquisa sobre este tópico avaliou particularmente as estratégias de enfrentamento (*coping*) utilizadas pelos participantes da pesquisa.

4.1 Dados Sociais e Demográficos dos Participantes da Pesquisa

O perfil dos participantes da pesquisa pertencentes ao grupo A e dados tais como idade, escolaridade, gênero e profissão são apresentados na Tabela 1, observando-se que a variação na faixa etária compreendeu as idades entre 22 a 51 anos e grau de escolaridade de ensino fundamental a ensino superior completo.

Tabela 1: Dados Sociais e Demográficos dos participantes da Pesquisa (Grupo A – Intervenção)

Idade	sexo	Escolaridade	Profissão	Tempo de Diagnóstico Renal	Tempo em Hemodiálise	Comorbidade
39	F	Ensino Médio	Do lar	14 anos	10 anos	Lúpus
22	F	Superior Incompleto	Estudante	6 meses	4 meses	-
51	M	Ensino Fundamental	Motorista	20 anos	14 anos	Hipertensão
27	M	Superior Completo	Enfermeiro	1 ano	1 ano	-
42	F	Ensino Médio	Autônoma	4 anos	4 anos	-

Fonte: Própria (2020).

A Tabela 1, também apresenta o tempo de diagnóstico de Doença Renal Crônica (DRC) e o tempo em hemodiálise dos participantes da pesquisa pertencentes ao Grupo A, sendo observado que o tempo de diagnóstico variou de 1 ano a 20 anos e o tempo de tratamento em hemodiálise de 1 ano a 14 anos. Observa-se que os dois pacientes com maior tempo de diagnóstico e tratamento foram os mesmos que apresentaram comorbidades clínicas relatadas, lúpus e hipertensão. Acerca das comorbidades apresentadas, os dados obtidos podem confirmar o exposto por Romão Júnior *et al.* (2003) que discutem as causas mais comuns da insuficiência renal crônica, dentre elas a hipertensão arterial e outras doenças crônicas, incluindo os lúpus eritematoso sistêmico (LES) e diabetes.

Com relação ao sexo dos participantes da pesquisa, a Tabela 1 expõe que dos 5 pacientes, 3 são do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Dados apresentados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2018), também apontam que a prevalência da Doença Renal Crônica é maior em mulheres, sendo 14% da população brasileira e nos homens representa 12%. Alguns motivos podem explicar por que os problemas renais afetam mais as mulheres do que os homens, um deles é que as mulheres são mais suscetíveis a doenças autoimunes, portanto o próprio sistema imunológico ataca células e órgãos, causando danos aos rins (SBN, 2018).

A Tabela 2, apresenta os dados sociais e demográficos dos participantes da pesquisa do Grupo B, que não recebeu intervenção com as estratégias de *coping* o projeto de pesquisa. Observa-se variação da faixa etária de 20 a 63 anos, níveis de escolaridade que variam de participantes sem alfabetização a ensino médio, sendo que nenhum dos participantes possuía nível superior de escolaridade. Quanto às profissões e exercício de atividade remunerada, todos os participantes, no momento da aplicação dos instrumentos não exerciam nenhuma atividade remunerada, sendo os mesmos dependentes da renda de familiares e/ou benefícios assistenciais como auxílio-doença.

Tabela 2: Dados Sociais e Demográficos dos participantes da Pesquisa (Grupo B – Controle)

Idade	Gênero	Escolaridade	Profissão	Tempo de Diagnóstico Renal	Tempo em Hemodiálise	Comorbidade
63	F	Analfabeta	Do lar	30 anos	20 anos	Hipertensão
59	M	Ensino Fundamental	Construtor	3 anos	3 anos	Diabetes
43	F	Ensino Médio	Do lar	5 anos	4 anos	Hipertensão

55	M	Ensino Médio	Jardineiro	7 anos	7 anos	Hipertensão
20	F	Ensino Médio Incompleto	Estudante	1 ano	8 meses	-

Fonte: Própria (2020).

Outra análise do grupo B, indica que o mesmo apresentou mais comorbidades do que o Grupo A, onde observa-se através do exposto na Tabela 2, que apenas 1 participante não apresentou comorbidades, sendo observado que a participante é a paciente com menor idade (20 anos) e menor tempo de diagnóstico (1 ano) e tratamento em hemodiálise (8 meses). Também se constatou um maior número de mulheres em hemodiálise no Grupo B, o mesmo número do Grupo A conforme já discutido na Tabela 1.

Ainda com relação as comorbidades, Romão Júnior *et al.* (2003) relatam que incidência de IRC vem aumentando principalmente pelo envelhecimento da população e pelo aumento no número de portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, o que pode ser constatado nos resultados do levantamento de dados dos participantes da pesquisa, conforme tabela 2, que apresentaram essas duas comorbidades, sendo suas idades de 43 a 63 anos.

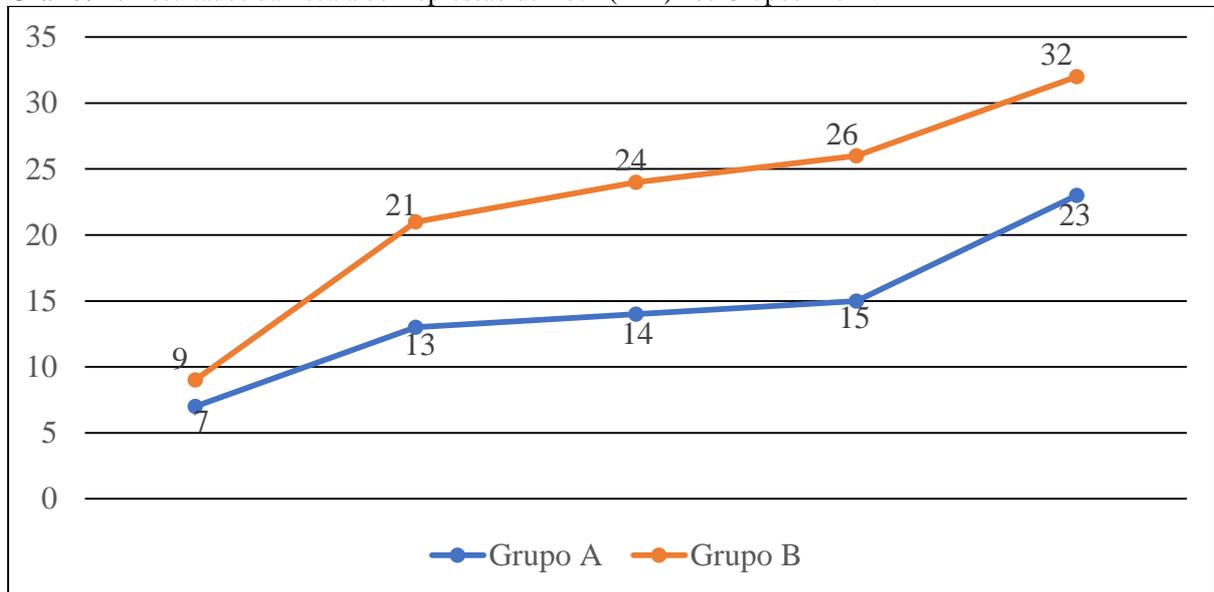
4.2 Resultados da Avaliação Inicial de Depressão, Ansiedade e Coping dos pacientes

A avaliação dos participantes da pesquisa na primeira etapa foi composta pela aplicação inicial do instrumento BDI (Escala de Depressão de Beck), que segundo Gandini *et al.* (2007), trata-se de uma ferramenta que tem sido amplamente utilizada na aferição da intensidade da depressão em pessoas que atendam aos critérios de diagnóstico clínico para síndromes depressivas, incluindo pacientes com insuficiência renal crônica. Os resultados apresentados no gráfico 1, indicam a presença de sintomas depressivos no público analisado de acordo com a soma do número de score total obtido na correção do instrumento, sendo que o mesmo pode variar de 0 a 63, quanto mais próximo a 63 maior será a intensidade de sintomas depressivos.

O gráfico 1, apresenta as diferenças dos resultados do BDI do Grupo A e do Grupo B da pesquisa, sendo que o grupo A apresentou variação de scores menor, variando de 7 a 23 pontos e o Grupo B, de 9 a 32 pontos. Teodoro (2010) salienta que pessoas portadoras de diversas enfermidades apresentam algum nível de sintomas de depressão e que esse fato parece estar ligado a fatores fisiológicos e psicológicos. Do ponto de vista fisiológico, existe a

possibilidade de ocorrerem alterações decorrentes da própria enfermidade, como é observado em paciente renais crônicos.

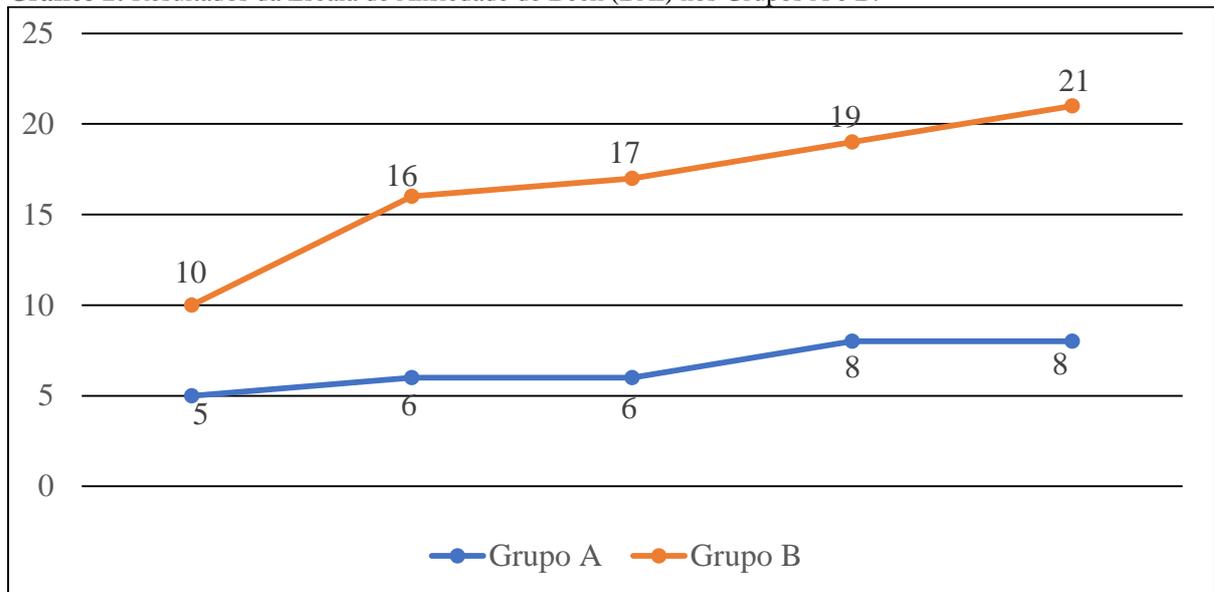
Gráfico 1: Resultados da Escala de Depressão de Beck (BDI) nos Grupos A e B.



Fonte: Própria (2020).

Os resultados apresentados no Gráfico 1, indicam que do Grupo A, um participante apresentou índice mínimo de sintomas depressivos com score 7, 3 participantes apresentaram nível leve de sintomas com scores 13, 14 e 15 e 1 participante apresentou nível moderado de sintomas depressivos, com score de 23 pontos. Os resultados do Grupo B indicam que um participante com score de 9 pontos apresentou sintomas depressivos mínimos, três participantes com níveis moderados de sintomas depressivos, com scores 21, 24 e 26 e um participante com nível moderado de sintomas depressivos, com score de 32 pontos.

Teodoro (2010), explica que pessoas portadoras de diversas enfermidades apresentam sintomas de depressão, portanto os níveis dos scores obtidos na pesquisa podem relacionar-se a fatores fisiológicos e psicológicos. Do ponto de vista fisiológico, a própria doença renal pode causar alterações de humor, essa hipótese se baseia no fato de que a presença de certas doenças tendem a aumentar o risco de depressão. Outra condição, que pode ser a causa na maioria das vezes, está relacionada aos efeitos colaterais dos medicamentos usados no combate à doença, causando sintomas de depressão.

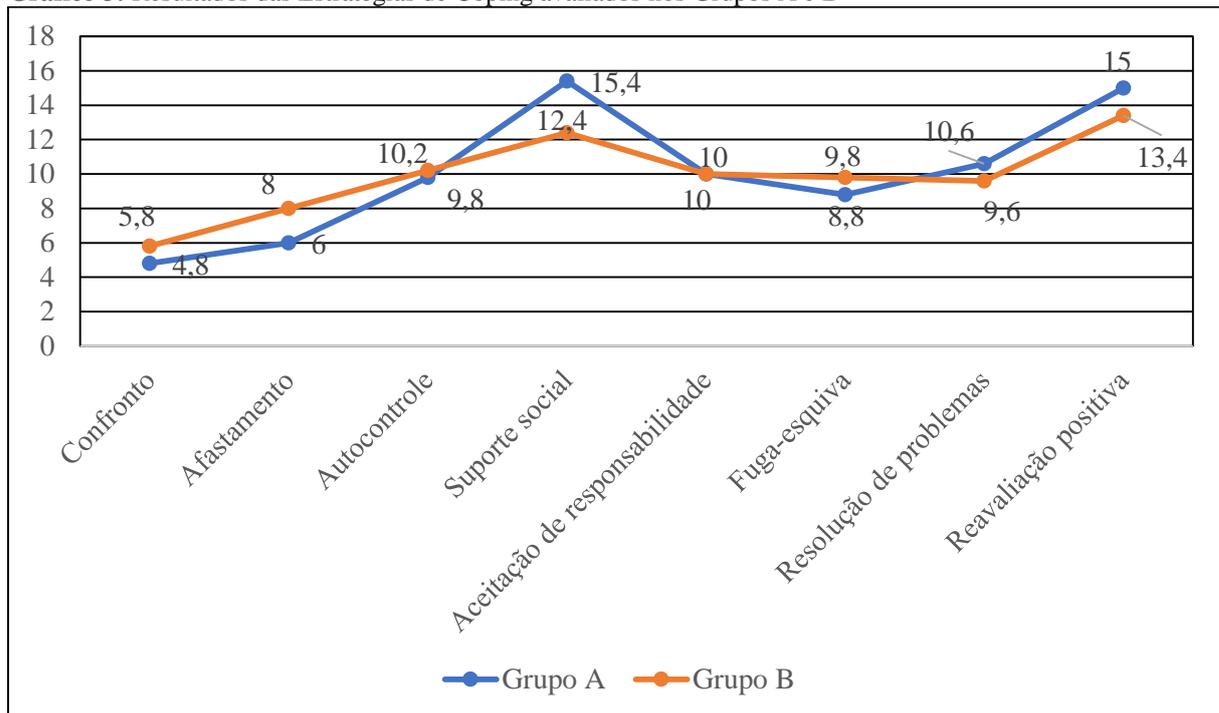
Gráfico 2: Resultados da Escala de Ansiedade de Beck (BAI) nos Grupos A e B.

Fonte: Própria (2020).

O Gráfico 2, apresenta os resultados da avaliação de sintomas de ansiedade nos dois Grupos de participantes da pesquisa, observando-se uma variação nos scores do Grupo A, de 5 a 8 pontos e no Grupo B, de 10 a 21 pontos. Assim como no BDI instrumento apresentado no gráfico 1, no instrumento denominado Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) também pode-se obter scores de 0 a 63 pontos, sendo que, quanto mais próximo do valor máximo, maiores os comprometimentos de sintomas de ansiedade (CUNHA, 2001).

Os valores de scores obtidos indicam, através da análise do Gráfico 2, que no Grupo A, todos os participantes apresentaram níveis mínimos de sintomas de ansiedade, que corresponde a scores entre 0 e 10 segundo a interpretação do instrumento.

Os participantes do Grupo B, apresentaram índices mais elevados de sintomas de ansiedade, em que apenas um participante apresentou nível mínimo de sintomas com score de 10 pontos, outros três participantes com scores 16, 17 e 19 correspondente a um nível leve de sintomas ansiosos e um apresentou score de 21 pontos, representando um nível moderado de ansiedade. Acerca da ansiedade, Valle, Souza e Ribeiro (2013, p. 136) concluíram que “pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise estão mais vulneráveis ao estresse e apresentam maior tendência de reagir a situações ameaçadoras com intensidade mais elevada de ansiedade”.

Gráfico 3: Resultados das Estratégias de Coping avaliados nos Grupos A e B

Fonte: Própria (2020).

O gráfico 3, apresenta os resultados do Inventário de Estratégias de *Coping* dos participantes da pesquisa. Os scores apresentados foram obtidos através do valor médio de cada fator avaliado, sendo 8 no total: confronto; afastamento; autocontrole; suporte social; aceitação de responsabilidade; fuga-esquiva; resolução de problemas e reavaliação positiva (SAVÓIA, 2000). Os resultados apresentados no gráfico 3 também se encontram separados em Grupo A e Grupo B.

Ao analisar o Gráfico 3, percebe-se que os fatores com menores médias de pontuações de scores nos dois grupos de participantes foram confronto, com média de 4,8 no Grupo A e 5,8 no Grupo B. O segundo fator com menor índice de pontuação foi o afastamento com média de score 6 no Grupo A e 8 no Grupo B. De acordo com Savóia, Santana e Mejias (1996), o fator confronto compreende estratégias de enfrentamento como descontar a raiva no outro, demonstrar a raiva às pessoas, enfrentar desafios e extravasar as emoções e sentimentos. Os mesmos autores citados também descrevem que o fator de afastamento pode relacionar-se com prejuízos sociais causados, pois inclui não pensar nas situações de maneira assertiva.

Outros resultados que se destacam no gráfico 3, são os scores médios mais elevados obtidos, sendo eles Suporte Social no Grupo A de 15,4 e no Grupo B de 12,4. A Reavaliação Positiva também apresentou maiores médias de scores nos dois grupos pesquisados, sendo a média do Grupo A de 15 pontos e do Grupo B de 13,4. Acerca da Reavaliação Positiva, a mesma

constitui um dos critérios de Saúde Mental relacionado ao equilíbrio psíquico entre os diferentes sistemas mentais, que é mediado pela flexibilidade, que modula a inter-relação entre as diferentes instâncias psíquicas (EIZIRIK et al., 2013).

4.3 Intervenções terapêuticas Realizadas

Quadro 1: Encontro 1

Etapas dos encontros	Objetivo	Estratégias
Fase Inicial	Ajustar pensamentos disfuncionais de enfrentamento e substituí-los por pensamentos mais produtivo que se adequem melhor a realidade.	- Cumprimento; - Verificação da semana.
Fase Intermediária		- Leitura do conto: O sofrimento faz parte das conquistas. Retirado do livro: O que podemos aprender com os gansos, do Autor Alexandre Rangel. - Análise e reflexão.
Fase Final		- Despedida.

Fonte: Própria (2020).

O quadro 1, apresenta as ações do primeiro encontro realizado com os pacientes do grupo de intervenção do estudo. Isso foi dividido em fase inicial, com o primeiro contato com os pacientes, realizando os cumprimentos iniciais e em sequência a verificação da semana para identificar a real situação deles. Na fase intermediária, com a prática da atividade programada para o encontro e uma análise e reflexão sobre a atividade desenvolvida, e na fase final, a despedida, dita com um boa noite e até breve.

O quadro 1, ainda descreve o objetivo dos encontros e apresenta as estratégias utilizadas com os pacientes para o alcance do objetivo proposto. O encontro foi estruturado, de curta duração, voltado para o presente, direcionado para a solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais conforme o modelo cognitivo (BECK, 2013).

Quadro 2: Encontro 2

Etapas dos encontros	Objetivo	Estratégias
Fase Inicial	Ajustar pensamentos disfuncionais de enfrentamento e	-Cumprimento; - Verificação da semana.

Fase Intermediária	substituí-los por pensamentos mais produtivo que se adequem melhor a realidade.	- Leitura do conto: O sofrimento faz parte das conquistas. Retirado do livro: O que podemos aprender com os gansos, do Autor Alexandre Rangel. - Análise e reflexão.
Fase Final		- Despedida.

Fonte: Própria (2020).

As etapas, objetivos e estratégias do segundo encontro são apresentados no quadro 2, o mesmo também se dividiu em fase inicial, intermediária e final. A fase inicial foi composta de cumprimentos iniciais da pesquisadora aos pacientes, em sequência foi realizada a verificação da semana com uma conversa informal para identificar possíveis intercorrências para continuidade do estudo. A fase intermediária consistiu na prática da atividade programada de leitura e conversa para o alcance do objetivo do encontro e uma análise e reflexão sobre a atividade desenvolvida, e na fase final, a despedida, dita com um boa noite e até breve.

Segundo Beck (2013), acerca da estruturação dos encontros, os mesmos são baseados em uma conceitualização, ou compreensão, dos pacientes, onde busca-se produzir uma mudança cognitiva – modificação no pensamento e no sistema de crenças dos pacientes – para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura.

Quadro 3: Encontro 3

Etapas dos encontros	Objetivo	Estratégias
Fase Inicial	Ampliar a comunicação assertiva, direcionada à melhora da expressão emocional e autocontrole.	- Cumprimento; - Verificação da semana.
Fase Intermediária		- Aplicação de cartas de Habilidades Emocionais, desenvolvidas pelo filósofo e especialista em psicopedagogia, neurociência e emoção e doutorando em Emoções e cognições Júlio Cesar Luchman, descrita com caixinha de ideia; -Análise e reflexão.
Fase Final		- Despedida

Fonte: Própria (2020).

O quadro 3, apresenta ações desenvolvidas no terceiro encontro com o grupo de intervenção do estudo. Com relação ao objetivo do encontro, Dias e Pais-Ribeiro (2019) estabelecem que a comunicação assertiva pode fortalecer os relacionamentos, reduzindo o estresse em situações de conflitos e fornecendo aos pacientes o apoio social no momento de

enfrentamento de situações difíceis, portanto, trata-se de uma importante estratégia de *coping*. Quanto as estratégias utilizadas nas fases do encontro 3, as mesmas foram compostas inicialmente pelos cumprimentos e verificação da semana, introduzindo a atividade selecionada para o encontro e uma análise e reflexão sobre o assunto escolhido e a finalização feita com uma despedida.

Quadro 4: Encontro 4

Etapas dos encontros	Objetivo	Estratégias
Fase Inicial	Ampliar a comunicação assertiva, direcionada à melhora da expressão emocional e autocontrole.	- Cumprimento; - Verificação da semana.
Fase Intermediária		- Aplicação de cartas de Habilidades Emocionais, desenvolvidas pelo filósofo e especialista em psicopedagogia, neurociência e emoção e doutorando em Emoções e cognições Júlio Cesar Luchman, descrita com caixinha de ideia; -Análise e reflexão
Fase Final		- Despedida.

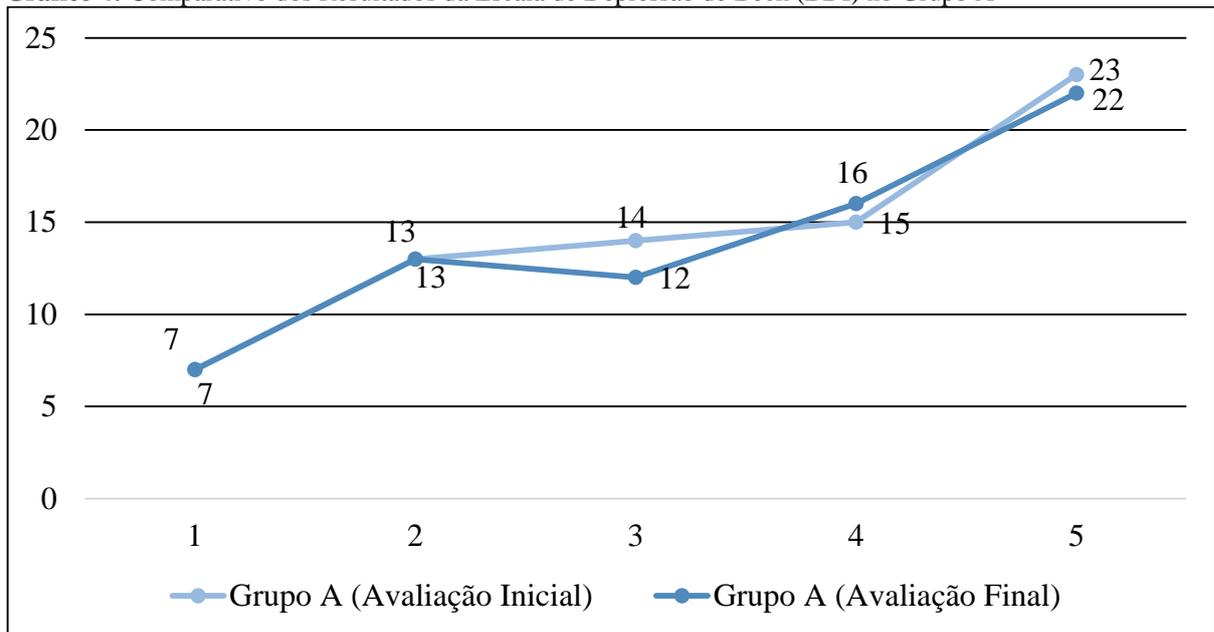
Fonte: Própria (2020).

O quarto encontro é descrito no Quadro 4, onde foram utilizadas as mesmas estratégias do encontro anterior, com o intuito de atingir o objetivo de obter uma comunicação assertiva, direcionada aos aspectos emocionais dos pacientes renais crônicos em hemodiálise.

Salienta-se que foram utilizadas cartas de Habilidades Emocionais diferentes do encontro anterior, confirmando o exposto por Falcone e Oliveira (2012), que afirmam ser importante a utilização de ferramentas que tenham possibilidade de identificar e acessar facilmente a atividade cognitiva, mesmo que inicialmente o indivíduo não seja consciente desta, o que ocorreu através da utilização das cartas para posterior análise e reflexão.

4.4 Resultados da Avaliação Final de Depressão, Ansiedade e Coping dos pacientes

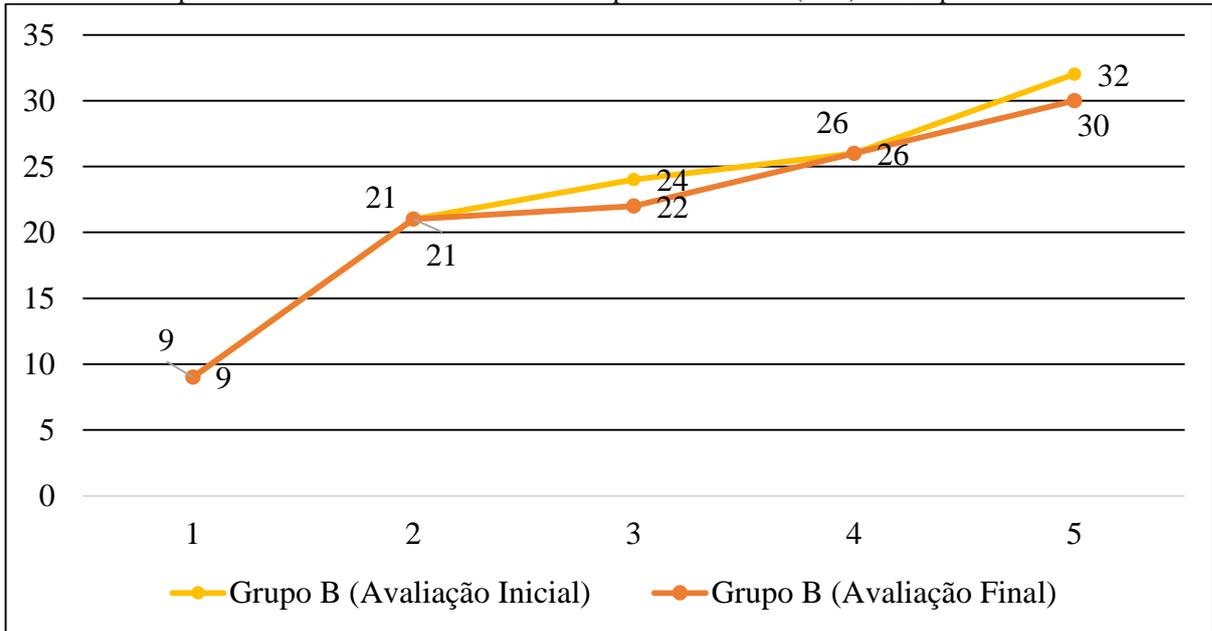
As avaliações de depressão, ansiedade e *coping* de todos os participantes da pesquisa da ocorreram novamente após os encontros realizados pela pesquisadora. Sendo assim, os resultados dos grupos foram analisados separadamente. O Gráfico 4, refere-se aos resultados da Escala de Depressão de Beck (BDI) no Grupo A da pesquisa, ou seja, o grupo em que foram realizadas as intervenções, apresentando o comparativo dos scores do instrumento na avaliação inicial, antes das intervenções, e os scores obtidos na avaliação final, após as intervenções.

Gráfico 4: Comparativo dos Resultados da Escala de Depressão de Beck (BDI) no Grupo A

Fonte: Própria (2020).

Através da análise dos resultados expostos no Gráfico 4, é possível observar que dois participantes permaneceram com os mesmos *scores* nas duas avaliações, sendo seus resultados 7 e 13, ou seja, um deles permaneceu com índice mínimo de sintomas. Três participantes ainda permaneceram com nível leve de sintomas, representados pelos scores de 12 a 16 e um dos participantes continuou apresentando nível moderado de sintomas depressivos, sendo seu resultado inicial um score de 23 e seu resultado final 22.

Beck (2013) enfatiza que intervenções podem contribuir para a menor suscetibilidade a episódios futuros de depressão, pois as mesmas trabalham os pressupostos básicos subjacentes ao pensamento depressivo, para enfraquecerem. Desafiar as crenças centrais e substituí-las por crenças mais realistas, geralmente requer trabalho contínuo, visto que geralmente são crenças profundamente enraizadas.

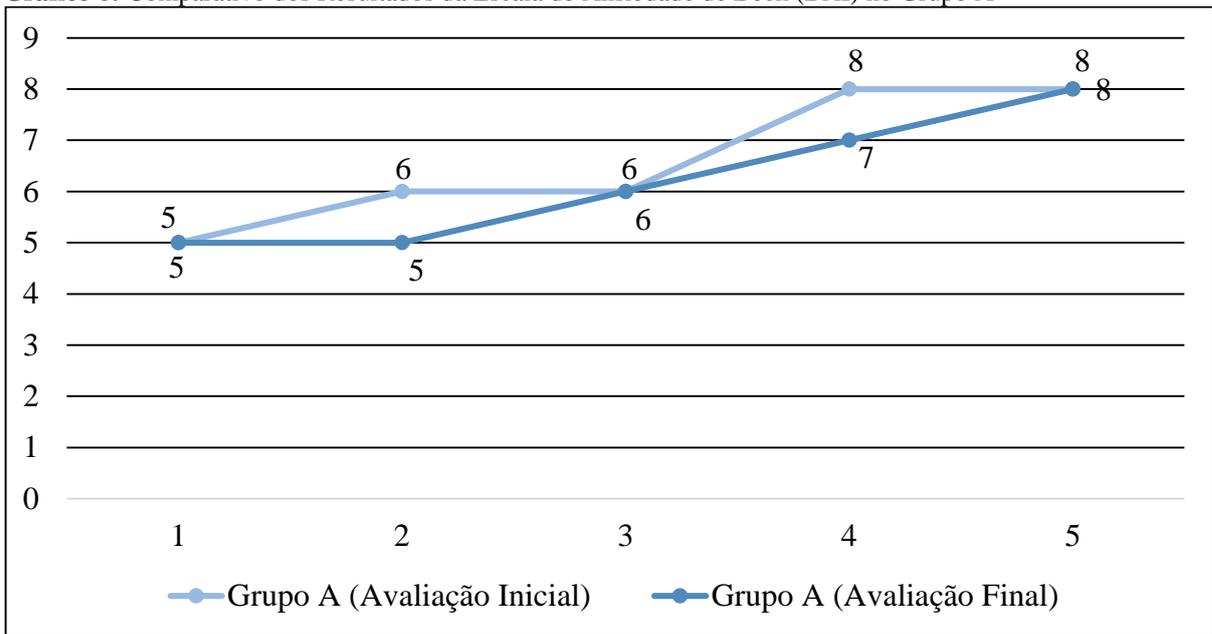
Gráfico 5: Comparativo dos Resultados da Escala de Depressão de Beck (BDI) no Grupo B

Fonte: Própria (2020).

O Gráfico 5, tem por objetivo apresentar os resultados da Escola de Depressão de Beck (BDI) do Grupo B, que não recebeu intervenção. Verifica-se que semelhantemente ao Grupo A, este grupo também apresentou pouca variação nos índices dos scores do instrumento, com três participantes apresentando os mesmos resultados nas duas avaliações, sendo eles 9, 21 e 26. Os outros dois participantes obtiveram pouca variação, sendo um deles com score inicial 24 e final reduzido para 22 e outro com score inicial 32 e final 30.

Outra análise do Gráfico 5, demonstra a interpretação do instrumento aplicado, onde os resultados do Grupo B indicaram na avaliação final que um participante com score de 9 pontos permaneceu com sintomas depressivos mínimos, três participantes com níveis moderados de sintomas depressivos, com scores 21, 22 e 26 e um participante com nível moderado de sintomas depressivos, com score de 30 pontos.

Os resultados dos índices de sintomas depressivos não variaram durante o tempo deste estudo nos dois grupos de participantes da pesquisa, esse fato pode ser explicado por evidências encontradas em ensaios clínicos já realizados, sendo um deles, exposto por Almeida e Lotufo Neto (2003), um estudo de vinte anos que foi conduzido para avaliar a eficácia da TCC na prevenção do início da depressão. Durante esse período, a pesquisa dos autores aprimorou seus métodos, mas também teve limitações, alguns dos problemas foram o pequeno tamanho da amostra, grupo heterogêneo de pacientes, desenho naturalístico e avaliação semestral.

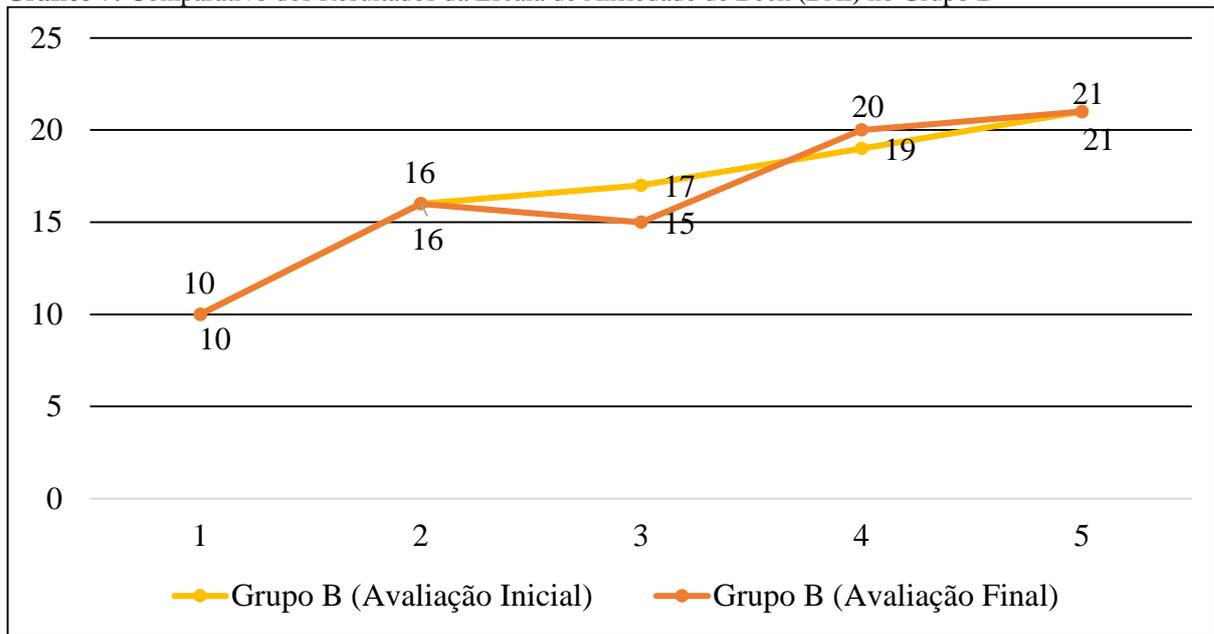
Gráfico 6: Comparativo dos Resultados da Escala de Ansiedade de Beck (BAI) no Grupo A

Fonte: Própria (2020).

Os índices de ansiedade obtidos nas avaliações iniciais e finais do Grupo A são apresentadas no Gráfico 6. Observou-se pequena variação dos resultados após as intervenções, sendo que nos valores de scores obtidos, todos os participantes permaneceram com níveis mínimos de sintomas de ansiedade, que corresponde a scores entre 0 e 10 segundo a interpretação do instrumento.

Stasiak *et al.* (2014), reforçam que níveis mais elevados de ansiedade podem ser observados em pacientes em hemodiálise, pois eles precisam estar conectados a uma máquina várias horas por semana, o que limita sua independência e autonomia. Além disso, sofrem a pressão de ir ao hospital a cada dois ou três dias, ir ao hospital, morar com outros pacientes, ter restrições alimentares e não poder viajar longas distâncias. Esses fatores também podem levar a uma maior prevalência de depressão nesses pacientes, porém este estudo não comprovou esse resultado.

A ansiedade é um estado emocional, incluindo componentes psicológicos e fisiológicos, faz parte do estado normal da experiência humana e não envolve uma única estrutura. A ansiedade representa também uma limitação e tem impacto no tratamento de pacientes com doença renal crônica (SOUZA; OLIVEIRA, 2017). Neste estudo, os pacientes não foram acompanhados ao longo do tempo para diagnosticar possível evolução ou remissão dos sintomas de ansiedade ou depressão, ou se desenvolveram com o tempo.

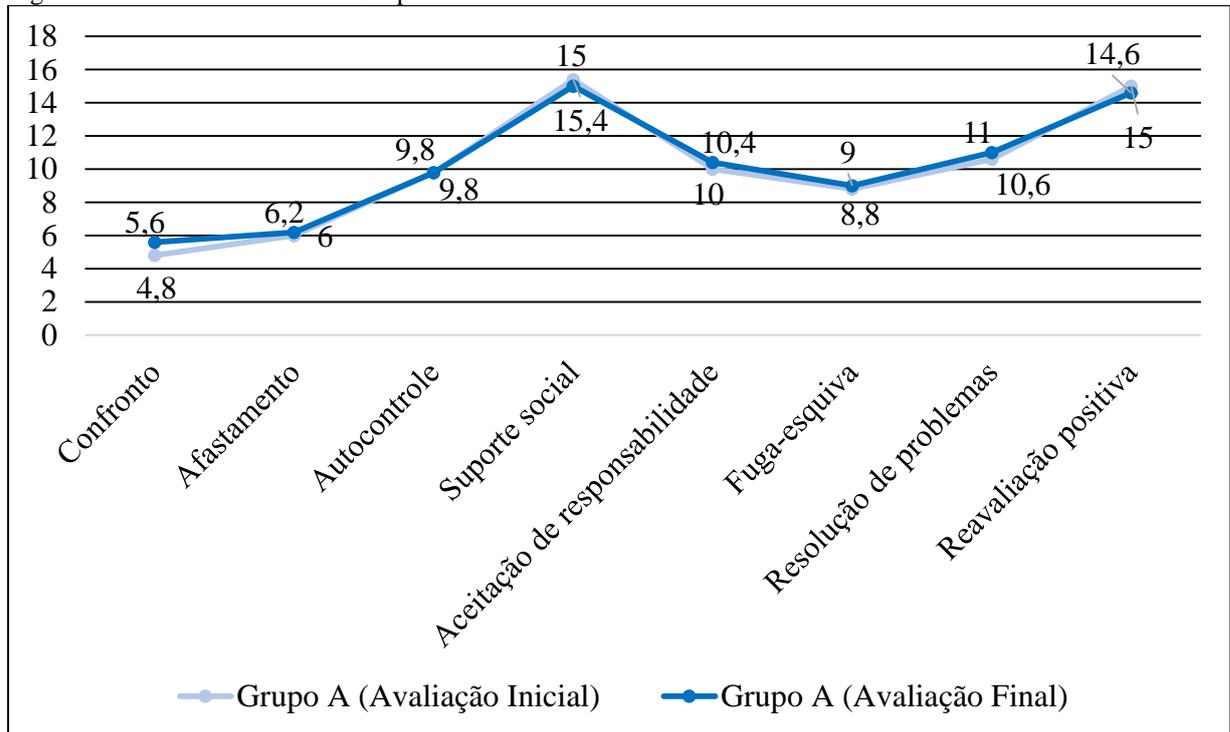
Gráfico 7: Comparativo dos Resultados da Escala de Ansiedade de Beck (BAI) no Grupo B

Fonte: Própria (2020).

Os participantes da pesquisa que não receberam intervenção, o Grupo B apresentaram resultados semelhantes nas duas avaliações, conforme demonstrado no Gráfico 7, permanecendo com índices mais elevados de sintomas de ansiedade do que o Grupo A. Apenas um participante apresentou nível mínimo de sintomas com score de 10 pontos nas duas avaliações, outros três participantes com scores 16, 15 e 20 correspondente a um nível leve de sintomas ansiosos e um apresentou score de 21 pontos nas duas avaliações, representando um nível moderado de ansiedade novamente.

Segundo Bock, Furtado e Teixeira (2002, p. 194), "as emoções são expressões afetivas acompanhadas de reações intensas e breves do organismo, em resposta a um acontecimento inesperado ou, às vezes, a um acontecimento muito aguardado", sendo assim, os resultados dos índices de ansiedade em pacientes renais crônicos deste estudo foram extremamente relevantes, mesmo sem significativas diferenças entre os grupos, pois os pacientes ainda apresentaram alguma sintomatologia, mesmo que observado em níveis mínimos ou leves.

Gráfico 8: Comparativo da Média dos resultados do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus segundo os fatores avaliados no Grupo A



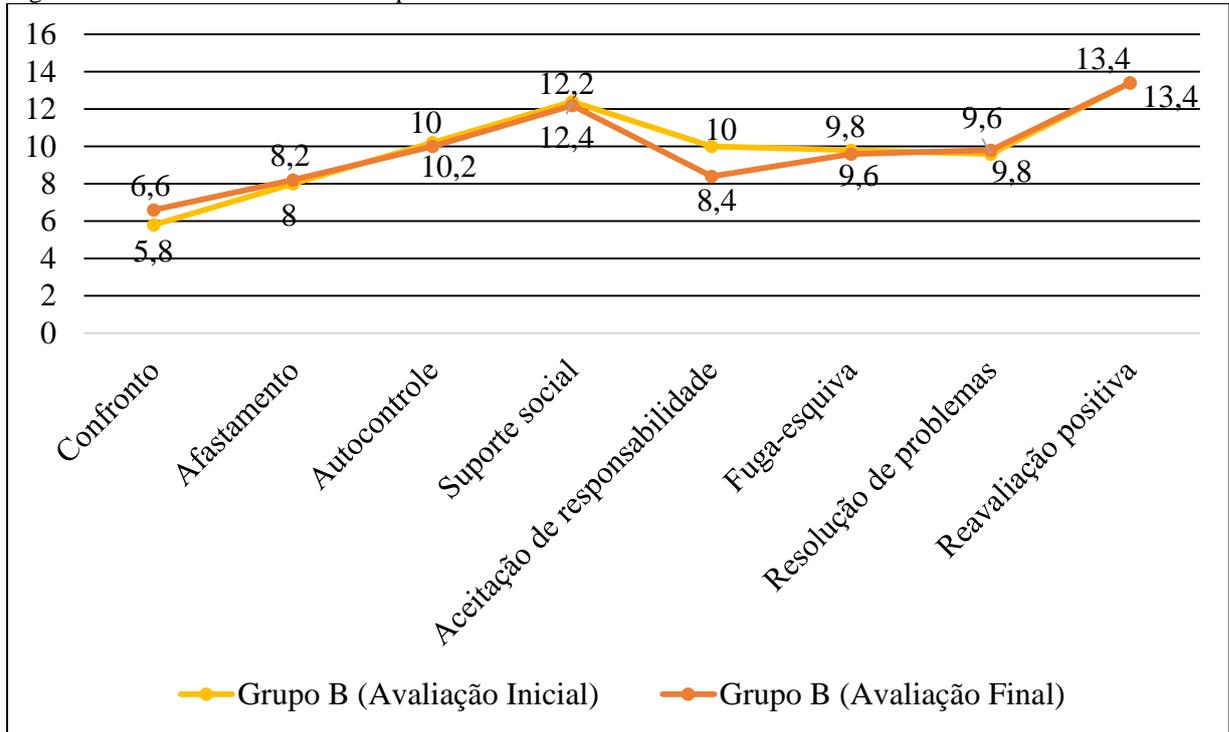
Fonte: Própria (2020).

Ao analisar o Gráfico 8, nota-se que o fator com menor média de pontuações no Grupo A permaneceu sendo o confronto, nas avaliações inicial e final, sendo suas médias 4,8 e 5,6 respectivamente, portanto, percebeu-se um pequeno aumento no desenvolvimento desta estratégia de *coping* após os encontros realizados com o grupo de pacientes. O segundo fator com menor índice continuou sendo o afastamento, conforme avaliação inicial com média de score 6 e na avaliação final, 6,2, portanto, sofreu pequena variação.

Os fatores de suporte social e de reavaliação positiva também permaneceram com índices semelhantes nas avaliações inicial e final, sendo os resultados com médias mais elevadas, sendo, portanto os fatores mais utilizados pelos pacientes do Grupo A. Sobre a reavaliação positiva, esta estratégia é definida pela criação de significados positivos, podendo incluir a dimensão religiosa (EIZIRIK *et al.*, 2013).

O fator de autocontrole obteve média de 9,8 nas duas avaliações, conforme demonstrado no Gráfico 8, e nos demais fatores também não foram observadas grandes discrepâncias nos dois momentos de aplicação do instrumento nos participantes da pesquisa.

Gráfico 9: Comparativo da Média dos resultados do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus segundo os fatores avaliados no Grupo B



Fonte: Própria (2020).

A média dos resultados avaliados através do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus do Grupo B é apresentada no Gráfico 9. Observa-se que o fator confronto obteve menor média, sendo de 5,8 na avaliação inicial e 6,6 na avaliação final. O fator de aceitação de responsabilidade e de afastamento também apresentaram resultados mais baixos do que em relação aos demais fatores.

Sobre o fator de afastamento, Neri (2005) expõe que o mesmo engloba o método de enfrentamento centrado na emoção, cuja função é regular a resposta emocional causada pelo problema/estressor enfrentado pela pessoa, o que pode indicar retração ou atitude tolerante ao estressor, como negação ou evitação.

Os fatores de suporte social e reavaliação positiva foram as estratégias mais utilizadas pelos participantes do Grupo B nos dois momentos de avaliação, alcançando os índices entre 12,4 e 13,4. O uso de estratégias positivas (fator de reavaliação positiva) são utilizadas para controlar os efeitos negativos do estresse e dos problemas da vida é. Além disso, a busca por recursos encontrados em ambientes pessoais ou sociais (fator de suporte social) também pode ser usada como estratégias de enfrentamento, tais como: relações conjugais, características familiares, redes sociais e situação econômica (LIRA; AVELAR; BUENO, 2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa demonstraram que os pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise podem estar mais vulneráveis aos sintomas de depressão e ansiedade, pois mesmo com os índices baixos avaliados, ainda assim, apresentaram alguns sintomas, reforçando o que a literatura confirma. Além disso, o próprio estado de saúde, físico ou psicológico, dos pacientes hemodialíticos justificam uma preocupação para avaliação e intervenções voltadas a essa população.

Quanto aos resultados da avaliação das estratégias de coping, percebeu-se que os participantes utilizavam estratégias voltadas à utilização de suporte social e reavaliação positiva. Esses resultados responderam a problematização desta pesquisa, demonstrando que os efeitos manifestados na saúde mental dos pacientes em hemodiálise, a partir das estratégias de coping, foram voltados a prevenção ou controle de doenças mentais como: ansiedade e depressão, representadas por um baixo índice nas avaliações iniciais e finais nos dois grupos de pacientes.

Os objetivos da pesquisa foram alcançados, pois através dos encontros realizados com os pacientes foi possível conhecer e desenvolver estratégias de coping para fortalecer a saúde mental dos participantes do estudo, foram oferecidos novos repertórios comportamentais de enfrentamento para que os mesmos se apropriassem das técnicas oferecidas nos encontros. A comparação do novo repertório comportamental de enfrentamento dos pacientes em hemodiálise, com a identificação da presença de sintomas de ansiedade e depressão foi realizada, porém acredita-se que um maior número de encontros de intervenção poderia beneficiar ainda mais os pacientes.

Foi possível verificar que pessoas em hemodiálise se encontram em condições especiais, pois dependem constantemente dos serviços médicos, precisam controlar estritamente sua dieta e os líquidos, as atividades de trabalho são restritas, a participação no orçamento familiar é reduzida, e muitos deles convivem com comorbidades. Portanto, no caso da doença renal crônica e da necessidade de hemodiálise, as consequências afetam não apenas o aspecto pessoal, mas também sociais e os familiares desses pacientes. Conclui-se que os achados nesta pesquisa podem ter importantes implicações clínicas para beneficiar esses pacientes e para pesquisas futuras, sugere-se um período maior para intervenções e avaliação da saúde mental dos pacientes da Clínica de Tratamento Renal de Sinop.

REFERÊNCIAS

ABREU, S.; BARLETTA, J. B.; MURTA, S. G. **Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais.** In: MURTA, S. G. *et al.* (orgs.). *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção.* Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015. p. 54-74.

ALMEIDA, A. M.; LOTUFO NETO, F. Revisão sobre o uso da terapia cognitiva-comportamental na prevenção de recaídas e recorrências depressivas: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 239-244, out. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v25n4/a11v25n4.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

ALMEIDA, F. A. *et al.* Agregação familiar da doença renal crônica secundária à hipertensão arterial ou diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 471-478, fev. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000200471&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2020.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa.** São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades EACH/USP, 2012. 142 p.

ALVES, A. B.; BASTOS, D. P.; SILVA, D. A. Avaliação da comorbidade entre hipertensão arterial sistêmica e insuficiência renal. **Acta Biomedica Brasiliensia**, Brasília, v. 5, n. 2, dez. 2014. Disponível em: <https://www.actabiomedica.com.br/index.php/acta/article/view/86>. Acesso em: 22 jun. 2020.

AMARAL, T. L. M. *et al.* Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 44, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102019000100239&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2020.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 120 p.

ANDRADE, L.; GORENSTEIN, C. **Aspectos gerais das Escalas de Avaliação de Ansiedade.** In: GORENSTEIN, C., ANDRADE; L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. (org.). *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia.* São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 139- 144.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estud. psicol.**, Natal, v. 3, n. 2, p. 273-294, dez. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X1998000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2020.

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.

ARAÚJO, Á. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-

82, abr. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007. Acesso em: 20 jun. 2020.

BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. B. B. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. **Revista Eletrônica de Psicologia**, Curitiba, n. 4, jul. 2004. Disponível em: <https://psicoterapiaepsicologia.webnode.com.br/news/terapia-cognitivo-comportamentais-conceitos-e-pressupostos-teoricos/>. Acesso em: 02 jun. 2020.

BARBOSA, A. C. S. C. S.; SALOMON, A. L. R. Resposta inflamatória de pacientes com doença renal crônica em fase pré-dialítica e sua relação com a ingestão proteica. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p. 111-125, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Katia_Batista/publication/315542502_Complicacoes_relacionadas_a_anestesia_e_a_reflexao_bioetica_do_erro_medico_inerente_a_esse_procedimento/links/58d8ece3a6fdcc1baeba07ce/Complicacoes-relacionadas-a-anestesia-e-a-reflexao-bioetica-do-erro-medico-inerente-a-esse-procedimento.pdf#page=9. Acesso em: 20 jun. 2020.

BARLOW, H. D., DURAND, V. M. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. 4. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também evitável e tratável. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302010000200028&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 maio 2020.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v. 33, n. 1, p. 93-108, mar. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000100013. Acesso em: 20 jun. 2020.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 413 p.

BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **O poder integrador da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 173 p.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo da Psicologia**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **O vínculo e o diálogo necessários: inclusão de ações de saúde mental na atenção básica**. Brasília: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entenda como funciona o procedimento de diálise**. Publicado em 28 ago. 2013. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/32851-entenda-como-funciona-o-procedimento-de-dialise>. Acesso em: 22 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 37 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Insuficiência renal crônica**. 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2083-insuficiencia-renal-cronica>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças renais: causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção**. 19 ago. 2019. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/doencas-renais>. Acesso em: 20 jun. 2020.

CASTILLO, A. R. G. L. *et al.* Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 20-23, dez. 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600006. Acesso em: 20 de jun. 2020.

COHEN, E. Antropologia do conhecimento. **Primeiros Estudos**, São Paulo, n. 3, p. 143-158, 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/primeirosestudios/article/view/52545>. Acesso em: 18 jun. 2020.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DETOMINI, V. C.; RASERA, E. F.; PERES, R. S. Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 81-95, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200007. Acesso em: 19 jun. 2020.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 2, p. 55-66, ago. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2020.

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 89, n. 3, p. e24-e79, set. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2007001500012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2020.

DOUGLAS, C. R. **Patofisiologia de sistemas renal**. São Paulo: Robe, 2001.

DUSSE, L. M. S. Biomarcadores da função renal: do que dispomos atualmente? **RBAC**, v. 49, n. 1, p. 41-51, 2017. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/wpcontent/uploads/2017/06/RBAC-1-2017-ref.-427.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

EIZIRIK, C. L. *et al.* **Noções básicas sobre o funcionamento psíquico.** In: EIZIRIK, C. L.; BASSOLS, A. M. C. (orgs.). *O Ciclo da Vida Humana: Uma Perspectiva Psicodinâmica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 15-30.

FALCONE, E. M. O.; OLIVEIRA, M. S. **Terapia cognitivo-comportamental.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. 115 p.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2017000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2020.

FONSECA, V. Importância das emoções na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 33, n. 102, p. 365-384, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862016000300014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2020.

FRANCO, J. R. S. Hipertensão secundária à nefropatia – diagnóstico e tratamento. **Rev. Bras. Hipertens**, v. 9, n. 2, p. 141-147, abr./jun. 2002. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-2/hipertensao.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

GANDINI, R. C. *et al.* Inventário de Depressão de Beck - BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 12, n. 1, p. 23-31, jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141382712007000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 jul. 2020.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

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

GONÇALVES, G. Classificação e entendimento das doenças mentais: quais os efeitos no tratamento do doente mental? **SciELO em Perspectiva: Humanas**, 2016. Disponível em: <https://humanas.blog.scielo.org/blog/2016/10/27/classificacao-e-entendimento-das-doencas-mentais-quais-os-efeitos-no-tratamento-do-doente-mental/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/0ea5/a27feca50ce7c856611d44ef6dfed53d9fde.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.

GORENSTEIN, C.; WANG; Y.; HUNGERBÜHLER, I. (orgs.). **Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

IAVECCHIA, L. Insuficiência renal aguda relacionada com medicamentos em pacientes hospitalizados. **Nefrología**, v. 35, n. 6, p. 523-532, nov./dez. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211699515001460#!>. Acesso em: 20 jun. 2020.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa de terapia cognitiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. s54-s64, out. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600002. Acesso em: 21 maio 2020.

KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 525-532, jun. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000300011&tlng=p. Acesso em: 20 jun. 2020.

LEMOS, P. M.; CAVALCANTE JUNIOR, F. S. Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 233-242, fev. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000100029&script=sci_arttext&tlng=p. Acesso em: 19 jun. 2020.

LIRA, C. L. O. B.; AVELAR, T. C.; BUENO, J. M. M. H. Coping e Qualidade de Vida de pacientes em hemodiálise. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 6, n. 1, p. 82-99, jun. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072015000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 out. 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MELO, L. P. *et al.* Estratégias de enfrentamento (coping) em trabalhadores: revisão sistemática da literatura nacional. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 3, p. 125-144, dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672016000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2020.

MUSSUMECI, A. A.; PONCIANO, E. L. T. Coping e coping diádico: uma análise qualitativa das estratégias de coping de casais. **Psicol. clín.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 165-190, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652018000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2020.

NASCIMENTO, A. M. *et al.* Dimensões fenomenais da autoconsciência e do autoconceito e os elementos do self: enlaces funcionais. **Revista Ensino de Ciências e Humanidades**, ano 3, v. V, n. 2, jul-dez. p. 677-704, 2019.

NASCIMENTO, A. M.; ROAZZI, A. Autoconsciência, imagens mentais e mediação cognitiva. **Psicol. Reflexo. Crit.** Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 493-505, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722013000300009&script=sci_arttext&tlng=p. Acesso em: 19 jun. 2020.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. 3. ed. Campinas: Editora Alínea, 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Suíça: World Health Report, 2001. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf?ua=1. Acesso em: 20 abr. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. WONCA. Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global.** 2008. 232 p. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano.** 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 800 p.

PINHO, N. A.; SILVA, G. V.; PIERIN, A. M. G. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 91-97, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002015000100091&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2020.

QUEIROZ, P. P.; GUILHARDI, H. J. **Identificação e análise de contingências geradoras de ansiedade: caso clínico.** In: GUILHARDI, P. P. *et al.* Sobre comportamento e cognição. Santo André: ESETec, 2001. p. 257-268.

RAMOS, F. P.; ENUMO, S. R. F.; PAULA, K. M. P. Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 32, n. 2, p. 269-279, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2015000200269&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2020.

RANGÉ, B. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamental.** Porto Alegre: Artmed editora SA, 2008.

RANGÉ, B. *et al.* **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 800 p.

RIBEIRO, R. C. H. M. *et al.* Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. spe, p.207-211, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000500013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 maio 2020.

ROMÃO JÚNIOR, J. E. *et al.* Censo SBN 2002: informações epidemiológicas das unidades de diálise do Brasil. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 188-199, 2003. Disponível em: https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v25n4a04.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

SALAVERRY, O. La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, v. 29, n. 1, p. 143-48, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>. Acesso em: 13 maio 2020.

SANTOS, A. M. **Modelo comportamental da ansiedade.** In: KERBAUY, R. R. Sobre comportamento e cognição. Santo André: SET, 2000. p. 189-191.

SAVÓIA, M. G. **Instrumentos para avaliação de eventos vitais e estratégias de enfrentamento (coping) em situação de estresse.** In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE L. H.

S. G.; ZUARDI A. W. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 377-386.

SAVÓIA, M. G.; SANTANA, P. R.; MEJIAS, N. P. Adaptação do inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 7, n. 1-2, p. 183-201, 1996. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousp/v7n1-2/a09v7n12.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Artigos sobre Diabetes. **Diabetes e Doença Renal Crônica**. 2014. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/artigos-sobre-diabetes/59-diabetes-e-doenca-renal-cronica>. Acesso em: 22 jun. 2020.

SBN. Sociedade brasileira de nefrologia. OF/PRES/0308/2013. **Dia Mundial do Rim em 14/03/2013**. Disponível em: <https://arquivos.sbn.org.br/pdf/release.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. SBN Censo 2017. **Sociedade Brasileira de Nefrologia**, São Paulo, v. 25, n. 114, abr./jun. 2018. Disponível em: https://www.sbn.org.br/fileadmin/user_upload/informa/sbninforma114-2.pdf. Acesso em: 14 out. 2020.

SCHNEIDER, D. R. **Da saúde mental à atenção psicossocial**: trajetórias da prevenção e da promoção de saúde. In: MURTA, S. G. *et al.* (orgs.). *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015. p. 34-53.

SEIDL, E. M. F.; TROCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C.. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 225-234, set. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722001000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2020.

SILVA, C. R. O. **Metodologia do trabalho científico**. Fortaleza: Centro Federal de Educação Tecnológica do Ceará, 2004.

SILVA FILHO, A. P.; NORONHA, I. **Manual de transplante renal**. São Paulo: Manole, 2003.

SOUZA, F. T. Z.; OLIVEIRA, J. H. A. Sintomas depressivos e ansiosos no paciente renal crônico em tratamento conservador. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 9, n. 3, p. 17-31, dez. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v9n3/v9n3a02.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

STASIAK, C. E. S. *et al.* Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 325-331, set. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n3/en_0101-2800-jbn-36-03-0325.pdf. Acesso em: 27 out. 2020.

TEODORO, W. L. G. **Depressão**: corpo, mente e alma. 3. ed. Uberlândia: 2010. 240 p.

VALLE, L. S.; SOUZA, V. F.; RIBEIRO, A. M. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos à hemodiálise. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 30, n. 1, p. 131-138, mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n1/14.pdf>. Acesso em: 14 out. 2020.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008. 224 p.

ANEXO

Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação _____, de acordo com a seguinte classificação:

- 0. não usei esta estratégia
- 1. usei um pouco
- 2. usei bastante
- 3. usei em grande quantidade

1.	Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
2.	Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3.	Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4.	Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5.	Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6.	Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7.	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias.	0	1	2	3
8.	Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9.	Me critiquei, me repreendi.	0	1	2	3
10.	Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
11.	Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
12.	Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3
13.	Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
14.	Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	0	1	2	3
15.	Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16.	Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
17.	Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
18.	Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3

19.	Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem	0	1	2	3
20.	Me inspirou a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21.	Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3
22.	Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23.	Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
24.	Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25.	Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26.	Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
27.	Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	0	1	2	3
28.	De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
29.	Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
30.	Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31.	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
32.	Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
33.	Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3
34.	Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
35.	Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3
36.	Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
37.	Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0	1	2	3
38.	Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39.	Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40.	Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3

41.	Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	0	1	2	3
42.	Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
43.	Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44.	Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
45.	Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
46.	Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
47.	Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
48.	Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3
49.	Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
50.	Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51.	Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
52.	Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
53.	Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
54.	Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
55.	Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	0	1	2	3
56.	Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3
57.	Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0	1	2	3
58.	Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
59.	Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60.	Rezei.	0	1	2	3
61.	Me preparei para o pior.	0	1	2	3

62.	Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63.	Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3
64.	Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
65.	Eu disse a mim mesmo(a) "que as coisas poderiam ter sido piores".	0	1	2	3
66.	Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3

APÊNDICE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: DEPRESSÃO, ANSIEDADE E COPING DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE

Pesquisador Responsável: Luiza Alvarenga Marques de Medeiros

Endereço: Rua Alcides Faganelo, 122 – Delta, Sinop-MT

Telefone: (66) 98437-2094

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa respondendo a 3 questionários e participando de algumas ações terapêuticas em grupo, de forma totalmente voluntária.

Trata-se de uma pesquisa voltada aos interesses do ambiente acadêmico, na qual a principal intenção é promover saúde mental nos pacientes renais crônicos em hemodiálise no centro de tratamento renal (CRT) de Sinop- MT.

Se você é portador de doença renal crônica, diagnosticado em um período maior de 06 meses, com idade entre 18 anos e 80 anos, possui memória, atenção e raciocínio presente, se encaixa no perfil procurado para esta pesquisa e, portanto, peço por gentileza efetuar a leitura das informações abaixo.

Objetivo do estudo:

Desenvolver estratégias de *coping* (comportamentos de enfrentamento a situações estressantes e difíceis), bem como mapear (investigar) e fortalecer a saúde mental dos pacientes em hemodiálise.

Procedimentos que serão realizados:

Caso aceite ser um participante, a presente pesquisa ocorrerá com a divisão dos participantes interessados em dois grupos (A e B) definidos por sorteio, aos quais serão submetidos a uma investigação psicológica duas vezes, por meio do preenchimento de 3 questionários, antes e depois de participar de 4 ações terapêuticas em grupo. Durante o estudo, apenas o grupo (A) receberá as ações psicoterapêuticas em grupo, a fim de atender aos objetivos desta pesquisa, entretanto, logo após o encerramento da coleta de dados primárias e secundárias, os participantes do grupo (B) também serão submetidos às mesmas ações psicoterapêuticas em grupo. Portanto, caso você seja sorteado para pertencer ao grupo A, participará das ações psicoterapêuticas em grupo durante o período de coleta de dados da pesquisa. Caso seja sorteado para pertencer ao grupo B participará das ações psicoterapêuticas em grupo após o encerramento da coleta de dados primárias e secundárias.

Espera-se que o tempo médio para preenchimento dos 3 questionários, dure o total de 1 hora e meia, a ser desenvolvido em um encontro, tendo em vista que permanência do paciente/participante no CRT é de 4 horas em hemodiálise. Para o tempo médio de participação na etapa dos trabalhos de grupo terapêutico, estima-se a duração média de 2 horas cada encontro, desenvolvidos por 4 encontros sequenciais, realizados exclusivamente nos dias e horários de tratamento hemodialítico do participante no CRT.

Riscos e Benefícios:

Sua participação nesta pesquisa oferece risco mínimo, sendo ele a manifestação de sintomas de ansiedade como preocupação, desmotivação e insegurança, o que será amenizado com a disponibilidade de desistência imediata da pesquisa, a diminuição do ritmo proposto nas ações psicoterapêuticas e principalmente com o pronto atendimento gratuito psicológico da

pesquisadora. Entretanto, ao aceitar o convite para participar, considera-se que esta pesquisa possa contribuir com o entendimento das principais estratégias de *coping* (comportamentos de enfrentamento a situações estressantes e difíceis) mais eficazes no fortalecimento emocional de pacientes em hemodiálise, e a possibilidade de inclusão e formalização das mesmas durante o tratamento hemodialítico de pacientes com insuficiência renal crônica.

Dados relacionados a pesquisa:

A presente pesquisa não causará nenhum custo financeiro a você, e todas as despesas de deslocamento da pesquisadora ao CTR, bem como materiais de impressão serão de inteira responsabilidade da mesma. Ao participar da pesquisa, você possui garantia no sigilo da sua identificação pessoal, pois todos os dados serão resguardados por responsabilidade da pesquisadora e sua equipe de pesquisa a fim de atender eventuais problemas que possam surgir relacionados à pesquisa.

Para toda e qualquer eventualidade futura decorrente do estudo desta pesquisa, a responsabilidade será da pesquisadora que prestará assistência.

Participação voluntária:

O presente termo esclarece que a sua participação nesta pesquisa é de caráter voluntário, onde a decisão da participação ou não participação não acarretará penalização alguma, como também, a tomada de decisão em desistir da pesquisa poderá ocorrer em qualquer momento do estudo, mesmo após o início da sua participação. Para tanto, será necessário entrar em contato com a pesquisadora (*contato abaixo*) e apresentar a mudança de decisão em caráter inquestionável, pelo meio mais acessível ao participante.

Sigilo e Privacidade:

Sigilo e privacidade são prioridades nesta pesquisa, na qual terá os dados utilizados apenas e somente pela equipe do estudo, ou seja, pessoas que não fazem parte da pesquisa não terão acesso aos dados. O TCLE-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegura que em nenhum momento será divulgado o seu nome como participante desta pesquisa.

Contatos:

- **Pesquisadora responsável:** Luiza Alvarenga Marques de Medeiros
Fone: (66) 9-8437-2094, e-mail: luiza@medeirosemarques.com
- **Co-pesquisador:** Edneia Conceição da Cruz
Fone: (66) 9-9956 8266, e-mail: edneiacruz12@hotmail.com
- **Comitê de Ética em Pesquisa da UFMT Campus Universitário de Sinop**
Endereço: Avenida Alexandre Ferronato, 1200 – CEP 78556-267. Setor Industrial Norte, Sinop – MT.
Telefone: (66) 3533-3199, e-mail: cepsinop@gmail.com – *para questões sobre os direitos dos participantes envolvidos ou sobre questões éticas.*

“Ao assinar abaixo, confirmo e concordo que li as afirmações contidas neste termo de consentimento, que foram explicadas conforme os procedimentos do estudo, que tive a oportunidade de fazer perguntas, sendo assim estou satisfeito com as explicações fornecidas e decido participar voluntariamente deste estudo”. Uma via do presente termo será entregue a mim e outra será arquivada junto ao material da pesquisa pelo pesquisador.

Assinaturas:

Assinatura do participante de Pesquisa

Assinatura do Pesquisador principal

Assinatura do Co-Pesquisador

Data: ____/____/____