



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CAMPUS DE SOBRAL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SANTIAGO MARINHEIRO SARAIVA**

**VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS ASSOCIADAS AO APOIO  
SOCIAL PERCEBIDO POR PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM  
HEMODIÁLISE**

**Sobral – CE**

**2016**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CAMPUS DE SOBRAL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SANTIAGO MARINHEIRO SARAIVA**

**VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS ASSOCIADAS AO APOIO  
SOCIAL PERCEBIDO POR PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM  
HEMODIÁLISE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, *Campus Sobral*, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientando: Santiago Marinheiro Saraiva

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Santos

**Sobral – CE**

**2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

---

S247v Saraiva, Santiago Marinheiro.  
Variáveis sociodemográficas e clínicas associadas ao apoio social percebido por pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. / Santiago Marinheiro Saraiva. – 2016.  
75 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2016.  
Área de Concentração: Saúde da família.

Orientação: Prof. Dr. Paulo Roberto dos Santos.

1. Saúde da Família. 2. Insuficiência renal crônica. 3. Diálise renal. I. Título.

---

CDD 616.6107

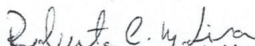
## FOLHA DE APROVAÇÃO

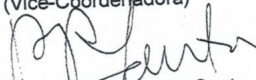


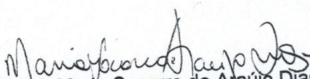
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
CAMPUS SOBRAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

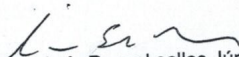
**ATA DA 57ª SESSÃO DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-CAMPUS DE SOBRAL, REALIZADA NO DIA TRINTA DE MARÇO DE DOIS MIL E DEZESSEIS.**

Às nove horas do dia trinta de março de dois mil e dezesseis, no Auditório do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará – Campus de Sobral, realizou-se a sessão de defesa da Dissertação de Mestrado da aluno **Santiago Marinheiro Saraiva**. O trabalho tinha como título “**Variáveis sociodemográficas e clínicas associadas ao apoio social percebido por pessoas com doenças renal crônica em hemodiálise**”. Compuseram a banca examinadora os professores doutores **Paulo Roberto dos Santos (Orientador)**, **Maria Socorro de Araújo Dias (Examinadora)**, e **Luiz Derwal Salles Júnior (Examinador)**. A sessão foi aberta pelo orientador, que apresentou a banca examinadora e passou a palavra ao aluno para que desse início aos trabalhos. Após apresentação, seguiu-se o processo de arguição do mestrado. Em seguida, a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho do candidato. Por unanimidade, foi considerado **APROVADO** o trabalho do mestrado. Nada mais havendo a relatar, a sessão foi encerrada. E eu, **Roberta Cavalcante Muniz Lira**, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada, será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora. Sobral, trinta de março de dois mil e dezesseis.

  
Roberta Cavalcante Muniz Lira  
(Vice-Coordenadora)

  
Prof. Dr. Paulo Roberto dos Santos  
(Orientador)

  
Profª Drª. Maria Socorro de Araújo Dias  
(Examinadora)

  
Prof. Dr. Luiz Derwal Salles Júnior  
(Examinador)

STF 2016  
01010335

À memória de Cícero Saraiva, irmão querido que precocemente nos privou de seu convívio.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por me conceder a vida

Ao meu Pai Zeca, por toda sabedoria em me aconselhar

À minha Mãe Tereza, pelo cuidado e zelo pela minha saúde

Aos meus filhos Tiago e Ana Tereza, por compartilhar conhecimentos

Ao meu Amor Mazé, pelo encorajamento e firmeza.

Ao meu professor/orientador, Dr. Paulo Roberto dos Santos pelos múltiplos ensinamentos.

Aos sujeitos da pesquisa pela presteza das informações.

Aos Professores Socorro Dias, Reginaldo Feijão e Derwal Júnior pelas contribuições valiosas

A Coordenação do serviço de Terapia renal substitutiva da Santa Casa de Misericórdia de Sobral pela compreensão da dimensão da pesquisa

A coordenação do Programa de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará pela qualidade de ensinoofertado

A todos que contribuíram, o meu Muito Obrigado.

Renda-se, como eu me rendi. Mergulhe no que  
você não conhece como eu mergulhei. Não se  
preocupe em entender, viver ultrapassa  
qualquer entendimento.

Clarice Lispector

## RESUMO

A doença renal crônica (DRC) dialítica se associa a vários estressores que afetam negativamente a dinâmica das relações sociais. O apoio social recebido pelas pessoas com DRC dialítica influencia diretamente a morbimortalidade e a qualidade de vida, assim é importante conhecer as possíveis associações entre apoio social ofertado às pessoas com DRC dialítica e variáveis sociodemográficas e clínicas. O estudo teve por objetivo verificar a associação do apoio social autopercebido com variáveis sociodemográficas e clínicas entre pessoas com DRC submetidas à hemodiálise (HD). Foram incluídos 161 indivíduos com DRC submetidos à HD provenientes dos dois únicos centros de diálise existentes na região norte do Estado do Ceará. Foram excluídos os pacientes com idade inferior a 18 anos e tempo em HD menor do que três meses. Foi utilizada a Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study para avaliação do apoio social percebido pelos participantes. Esse instrumento abrange cinco dimensões de apoio social: Material, Afetivo, Emocional, Informação e Interação Social Positiva. A pontuação gerada pelo instrumento varia de 0 a 100. Os seguintes dados sociodemográficos foram obtidos: gênero, idade, religião e estado civil. A classificação socioeconômica correspondeu ao Critério Brasil da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado, que resulta na classificação de cinco estratos de classe social de A (melhor nível) a E (pior nível). Os seguintes dados clínicos foram obtidos: etiologia da DRC, tempo de manutenção em HD e grau de comorbidades, de acordo com o Índice de Khan. Foram comparadas as pontuações referentes a cada dimensão do apoio social autopercebido de acordo com as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo; idade; estado civil; religião; e estado socioeconômico. Foram comparadas as pontuações referentes a cada dimensão do apoio social autopercebido de acordo com as seguintes variáveis clínicas: tempo de manutenção em HD; diabéticos *versus* não-diabéticos; e grau de comorbidade. O teste t de Student foi utilizado para inferir a diferença estatística das comparações. O  $p < 0,05$  foi estabelecido para indicar significância estatística. A amostra foi formada por maioria de homens (65,3%), com idade média de 50,3 anos, com maior concentração nas classes socioeconômicas C e D (91,3%) e com maioria de católicos (79,5%). A principal etiologia da DRC foi hipertensão arterial (34,2%) seguida de glomerulonefrite (25,2%) e diabetes mellitus (21,7%). As pessoas estavam em tratamento de HD por 46,2 meses em média. Mais da metade da amostra (50,9%) apresentava baixo grau de comorbidade. Apoio social do tipo Afetivo foi o melhor pontuado (média de pontuação=87,7) e do tipo Interação Social Positiva apresentou a pior pontuação (média de pontuação=73,5). As variáveis sociodemográficas que se associaram com o apoio social foram: idade, estado civil e classe socioeconômica, da



seguinte forma: idosos apresentaram maior pontuação referente à dimensão Material (91,6 *versus* 80,5;  $p=0,005$ ); casados perceberam maior apoio social referente às dimensões Material e Emocional, respectivamente, 86,7 *versus* 76,8 ( $p=0,015$ ) e 86,4 *versus* 76,0 ( $p=0,008$ ); e as pessoas das classes socioeconômicas B e C pontuaram mais do que das classes D e E no que se refere à dimensão do apoio social Afetivo (90,2 *versus* 81,5;  $p=0,047$ ). Entre as variáveis clínicas estudadas, a única variável que se associou com apoio social foi tempo de manutenção em HD, com menor tempo de hemodiálise sendo associado a melhor apoio material (86,8 *versus* 77,2;  $p=0,040$ ). As seguintes pessoas em HD devem ser vistas como em risco de receberem menor apoio social: os mais jovens, os solteiros, os de classe socioeconômica mais baixa e aqueles mantidos em HD por mais de 36 meses. Propomos as seguintes estratégias de intervenção: medidas educacionais, busca por recursos materiais nas comunidades e fortalecimento da interação dos pacientes.

**Descritores:** Insuficiência Renal Crônica; Apoio Social; Diálise Renal; Estratégia Saúde da Família

## ABSTRACT

### **Sociodemographic and clinical variables associated to social support perceived by people with chronic kidney disease undergoing hemodialysis**

Chronic kidney disease (CKD) requiring dialysis is associated with various stressors that negatively affect the dynamics of social relations. Social support received by people with CKD on dialysis directly influences the mortality and quality of life. In this context it is important to know the possible associations between social support offered to people with CKD on dialysis and sociodemographic and clinical variables. Our study aimed to verify the association of self-perceived social support with sociodemographic and clinical variables among people with CKD undergoing hemodialysis (HD). We included 161 patients with CKD undergoing HD from the only two existing dialysis centers in the north of the State of Ceará. Patients under the age of 18 years and time on HD less than three months were excluded. We used The Medical Outcomes Study Social Support Survey for evaluation of social support perceived by the participants. This instrument consists of 19 items covering five dimensions of social support: Material (provision of material assistance), Affective (physical displays of affection), Emotional (emotional needs), Information (count on people to inform and guide) and Positive Social Interaction (count with people to relax). The score generated by the instrument ranges from 0 (worst possible social support) to 100 (best possible social support). The following sociodemographic data were obtained: gender, age, religion and marital status. The socioeconomic classification corresponded to the criteria Brazil according to the Brazilian Association of Market Research Institutes, which results in the classification of five social classes: A (highest level) to E (lowest level). The following clinical data were obtained: etiology of CKD, time on maintenance HD and degree of comorbidities, according to Khan Index which ranks three degrees of comorbidity: grade I (low risk), grade II (medium risk) and grade III (high risk). Scores for each dimension of self-perceived social support were compared according to the following sociodemographic variables: men vs. women; elderly (older than or equal to 60 years) vs. non-elderly (age less than 60 years); married vs. not married; catholic vs. non-catholic; socioeconomic classes B + C vs. D + E. Scores for each dimension of self-perceived social support were compared according to the following clinical variables: time on maintenance HD up to 36 months vs. longer than 36 months; diabetics vs. non-diabetics; and low risk of comorbidity vs. medium + high risks. Student's t test was used to infer the statistical significance of the comparisons.

The  $p < 0.05$  was set to indicate statistical significance. The sample was formed by a majority of men (65.3%) with mean age of 50.3 years, with a greater concentration on socioeconomic classes C and D (91.3%) and a majority of catholics (79.5%). The main cause of CKD was hypertension (34.2%) followed by glomerulonephritis (25.2%) and diabetes mellitus (21.7%). People were treated by HD for 46.2 months on average. More than half the sample (50.9%) had low risk due to comorbidity. The Affective dimension of social support was the best scored (mean score=87.7 points) and the Positive Social Interaction was the worst score (mean score=73.5). The sociodemographic variables associated with social support were age, marital status, and socioeconomic status, as follows: elderly had higher scores for the dimension Material (91.6 vs. 80.5;  $p=0.005$ ); married people perceived greater social support related to the dimensions Material and Emotional, respectively 86.7 versus 76.8 ( $p=0.015$ ) and 86.4 versus 76.0 ( $p=0.008$ ); and people from socioeconomic classes B and C scored more than the classes D and E in relation to the dimension Affective of social support (90.2 vs. 81.5;  $p=0.047$ ). Among the clinical variables studied, the only variable associated with social support was time on HD, as follows: people with less time on HD perceived greater social support related to the dimension Material than people with more time on HD (86.8 vs. 77.2;  $p=0.040$ ). The following persons in HD should be seen as at risk of receiving less social support: the younger, not married, from lower socioeconomic class and those on HD for more than 36 months. We propose the following strategies focused on people at risk of receiving less social support: educational interventions, search for material resources in the communities where people on HD live and strengthening the interaction of patients with family and friends.

**Descriptors:** Renal Insufficiency, Chronic; Social Support; Renal Dialysis; Family Health Strategy

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** – Características da amostra

**Tabela 2** – Escores gerados pelo instrumento Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study

**Tabela 3** – Comparação entre os escores gerados pelo instrumento Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study de acordo com o gênero

**Tabela 4** – Comparação entre os escores gerados pelo instrumento Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study entre idosos e não-idosos

**Tabela 5** - Comparação entre os escores gerados pelo instrumento Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study entre casados e não-casados

**Tabela 6** - Comparação entre os escores gerados pelo instrumento Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study entre católicos e não-católicos

**Tabela 7** - Comparação entre os escores gerados pelo instrumento Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study de acordo com classe econômica (B+C versus D+E)

**Tabela 8** - Comparação entre os escores gerados pelo instrumento Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study de acordo com tempo em diálise (até 36 meses versus mais de 36 meses)

**Tabela 9** - Comparação entre os escores gerados pelo instrumento Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study entre diabéticos e não-diabéticos

**Tabela 10** - Comparação entre os escores gerados pelo instrumento Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study de acordo com grau de comorbidade (Baixo versus Médio+Alto)

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

Diabetes Mellitus (DM)

Doença Renal Crônica (DRC)

Doença Renal Crônica (DRC)

Estratégia Saúde da Família (ESF)

Hemodiálise (HD)

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Medical Outcomes Study (MOS)

Núcleo de Apoio a Saude da Familia - NASF

Práticas Integrativas Complementares da Saúde- PICS

Projeto Terapeutico Singular (PTS)

Qualidade de Vida (QV)

Questionário de Apoio Social (SSQ)

Terapia Renal Substitutiva (TRS)

## SUMÁRIO

8.2 Perfil do apoio social autopercebido.....	34
8.3 Apoio social e variáveis sociodemográficas.....	34
8.4 Apoio social e variáveis clínicas.....	37
9.2 Perfil do apoio social autopercebido.....	39
REFERÊNCIAS.....	54
PRABHAT, J. M. D. et al. 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. N Engl J Med. n. 368, P. 341-350, 2013.. Disponível em: <a href="http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1211128">http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1211128</a> . Acesso em: 05.Mar.2016.....	60
ANEXO IV.....	72
Diabetes ( )SIM ( )NÃO.....	72

## 1 INTRODUÇÃO

A definição atual de saúde pela Organização Mundial da Saúde conceitua a saúde como sendo o estado de normalidade de funcionamento do organismo humano, cursando com boa disposição física e mental como também com bem-estar social entre os indivíduos. Essa definição pressupõe um equilíbrio que quando afetado por condições precárias de sobrevivência, ausência de saneamento básico, assistência à saúde inadequada, alimentação e água sem qualidade, propicia uma situação de agravo tanto para o indivíduo quanto para o ambiente social em que o mesmo está inserido.

No contexto referido, Oliveira, Lenardt e Tuoto (2003) discriminam que:

“A existência humana desenvolve-se imersa num contexto demarcado pela presença de várias doenças. Em determinadas épocas, era crescente o surgimento de doenças infectocontagiosas que, aos poucos foram dando lugar às doenças crônicas e hoje coabitam o espaço no processo saúde-doença, atingindo a sociedade juntamente com o processo de industrialização e urbanização, o aumento da população em situação de estresse gerado pelo estilo de vida, que suscitabiliza o ser humano a desenvolver as doenças cronicodegenerativas, como hipertensão arterial severa, diabetes mellitus e insuficiência renal crônica.”

Dentre as doenças crônicas, destaca-se a doença renal crônica (DRC) caracterizada pelo caráter progressivo, irreversibilidade, alta prevalência na população, alta morbimortalidade e, em sua fase mais avançada denominada DRC estágio 5, como a doença crônica que mais afeta negativamente a qualidade de vida (QV) (Mittal et al, 2001). A prevalência de DRC no estágio 5 é impressionante: em países desenvolvidos varia entre 1.800 a 2.500 casos por milhão de habitantes (Jha et al, 2013); enquanto que a mortalidade é muito alta: no Brasil a taxa bruta de mortes atinge 20% dos pacientes a cada ano (Sbn, 2012). Por estas características, a DRC é considerada mundialmente como um problema de saúde pública.

Em analogia aos sistemas de filtros, os rins trabalham de forma a depurar as impurezas e as excretas orgânicas produzidas pelo metabolismo normal, anormal ou que adentraram no sistema circulatório através de administração de substâncias de efeito terapêutico ou não. Tal processo é realizado na massa sanguínea que perfunde o rim através de sua artéria renal correspondente, sendo drenado, já depurado, pela veia renal. Como dito por Riella e Riella (2001):

“As funções renais envolvem a remoção de produtos tóxicos do metabolismo e conservação de substâncias essenciais para a vida. Portanto, os rins são considerados órgãos reguladores que, seletivamente, excretam e conservam água e vários compostos químicos. Suas funções finais do metabolismo, como uréia, o ácido úrico, os fosfatos e os sulfatos, excretam também substâncias como medicamentos e drogas, produção e secreção de hormônios e enzimas.”

Para além de sua função purificadora, os rins possuem importantes funções de caráter endócrino e hormonal, como por exemplo: metabolização dos precursores da vitamina D (os rins sendo responsáveis pela geração do metabólito mais ativo da vitamina D, o calcitriol); controle da secreção do paratormônio pelas paratireoides, que quando afetado acarreta osteodistrofia; regulação da hematopoiese através da síntese de eritropoietina (sendo que a falência da síntese deste hormônio, ocorrida paralelamente ao colapso da função de filtração renal, ocasiona quadro de anemia); e a regulação dos níveis pressóricos através do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Por tudo isso, ao afetar diversas funções, a DRC se associa com alta morbimortalidade.

A DRC é caracterizada pela persistência de disfunção renal por um período superior a três meses (Gomes; Kirsztajn, 2011). Quando a função renal é comprometida de forma grave, configurando uma perda irreversível de mais de 90% da função, ou seja, quando a função renal é menor do que 10%, o paciente apresenta uma variedade de sintomas e sinais (quadro denominado de uremia) incompatíveis com a vida. Essa fase avançada é chamada de estágio 5 da DRC e a sobrevivência do paciente depende da implementação de um dos métodos disponíveis de terapia renal substitutiva (TRS), quais sejam: o transplante renal, e as duas modalidades de diálise: hemodiálise (HD) ou diálise peritoneal.

A DRC no estágio 5 tem o diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como suas causas mais comuns. A HAS pode ter origem essencial ou primária, quando seu desencadeamento é ocasionado por múltiplos fatores associados aos hábitos de vida, ao caráter genético e social do indivíduo, não podendo ser imputado um único culpado pela morbidade. A HAS existe também em caráter secundário, ocasionada por disfunções hormonais de caráter adrenal, hipofisário, tireoidiano e renal.

A lesão renal mediada pela HAS é distribuída ao longo de muitos anos, sendo dividida em dois perfis patológicos: nefrosclerose benigna, na qual a função renal, avaliada pela taxa de filtração glomerular, é conservada ou ligeiramente reduzida, não causando, por si mesma, falência renal, mas reduzindo a reserva fisiológica dos órgãos; e a nefrosclerose maligna, característica de HAS com pico pressórico diastólico sustentado superior a 130 mmHg, na



qual ocorrem modificações deletérias na estrutura arteriolar, necrose, hemorragia e isquemia do tecido renal, cursando com quadro de DRC em poucos anos.

O DM é uma das mais importantes causas de falência dos rins, com um número crescente de casos. Após 15 anos, alguns pacientes começam apresentar declínio da função renal. As primeiras manifestações são: proteinúria, HAS e, tardiamente, uremia.

Outras causas de DRC são a glomerulonefrite (inflamação dos glomérulos de causa imunológica), a doença renal policística (doença hereditária), a pielonefrite crônica (associada a episódios de infecção urinária de repetição) e doenças renais congênitas mais raras.

Apesar dos avanços técnicos e tecnológicos da HD, as pessoas com DRC no estágio 5 apresentam alta mortalidade. A taxa de mortalidade vem se mantendo inalterada, em um patamar de mortalidade bruta de 20% ao ano (Sbn, 2012). Diante desse panorama de mortalidade estacionada, tem ocorrido um grande interesse para além da sobrevivência dessas pessoas, orientando o foco para a qualidade de vida (QV) das pessoas submetidas à HD. E assim, constatou-se que a QV das pessoas em HD é a mais rebaixada quando comparada a outras doenças crônicas como: insuficiência cardíaca, angina pectoris, doença pulmonar obstrutiva crônica, artrite reumatóide, e até mesmo câncer (Mittal et al, 2001).

Isso ocorre pelo fato da pessoa com DRC em HD enfrentar uma lista extensa de estressores, limitações e mudanças que afetam o dia-a-dia, a saber: severas restrições dietéticas, dificuldades de empregabilidade, restrições de tempo, declínio da capacidade funcional ao longo do tempo, alteração da dinâmica de relações interpessoais com familiares e amigos, efeitos colaterais pelo excesso de medicações, insatisfação sexual, consciência da proximidade da morte, entre outros (Cukor et al, 2007). Pelas mesmas razões, a prevalência de sintomas depressivos é alta, em torno de 30%.

Há 10 anos, nas duas unidades que oferecem HD às pessoas com DRC residentes na região noroeste do estado do Ceará, vem sendo desenvolvida uma linha de pesquisa englobando desfechos autopercebidos entre as pessoas tratadas por HD. Esses desfechos são qualidade de vida, depressão, sexualidade, espiritualidade e coping (modo de enfrentamento às situações de estresse). Nesses estudos constata-se mais uma vez o baixo nível de QV, a alta prevalência de depressão, de disfunção erétil entre os homens jovens e de disfunção sexual entre as mulheres. Ademais, os estudos apontam para alguns fatores mediadores de qualidade de vida e depressão como o modo de enfrentamento ao estresse e espiritualidade. Um modo de enfrentamento específico direcionado aos problemas está associado a melhor nível de

qualidade de vida, quando comparado ao modo de enfrentamento direcionado à emoção ou fígitivo.

Pessoas com religião ou com uma percepção espiritual da vida apresentam menos depressão. Fatores como esses podem ser alvos de estratégia para melhora da QV das pessoas em HD. Tanto o modo de enfrentamento como a percepção espiritual da vida são fatores modificáveis, passíveis de intervenção por psicólogos e profissionais de saúde das unidades de HD. Por outro lado, há estudos que mostram que não somente fatores subjetivos ou ligados à personalidade são mediadores da QV e depressão. Khalil e Abed (2014) demonstraram que o suporte social é um mediador de QV e de sintomas depressivos entre pessoas mantidas em HD.

A partir disso, surgiu a motivação para no presente estudo avaliar a autopercepção das pessoas em HD sobre o apoio social recebido e, mais ainda, identificar os fatores sociodemográficos e clínicos que se associam com o apoio social recebido. Em resumo, responder a pergunta sobre “Quem?” entre as pessoas em HD está em risco de receber menos apoio social e, portanto, em risco de vivenciar rebaixamento da QV e maior prevalência de depressão.

Acreditamos que com esse estudo, tornamos mais amplo o escopo das possíveis estratégias idealizadas para ações sobre o indivíduo visando melhorar a QV e diminuir a depressão. Focando em conhecer o apoio social percebido pelas pessoas submetidas à HD, abrimos o leque para vislumbrar estratégias direcionadas à falta de alguns tipos de apoio social. Com isso obrigatoriamente somos levados a pensar em estratégias que englobam os diversos níveis da atenção à saúde do indivíduo com DRC: da assistência primária realizada no município do indivíduo até a assistência especializada ofertada no âmbito das unidades de HD.

Portanto, a pessoa com DRC em HD deve ter um cuidado integral não restrito aos cuidados especializados oferecidos nas unidades de diálise. Nesse estudo, pretendemos dar um passo no entendimento da percepção da pessoa sobre a rede social que a cerca. Tornando necessária a reflexão dos serviços de atenção à saúde, especialmente as unidades de HD e a estratégia saúde de família, sobre os componentes do apoio social recebido pelos indivíduos com DRC em HD.

## 2 APOIO SOCIAL NAS DOENÇAS CRÔNICAS

O papel desempenhado pelo que se consignou o apoio social na doença física e na sua recuperação tem sido, mais recentemente, objeto de estudo de múltiplas investigações. O possível efeito mediador constituído pelo apoio social pode tanto ser meramente preventivo como um componente importante a integrar no processo de reabilitação (Oliveira, 2000, p. 445).

Desde os finais dos anos 60 (século XX) tem-se observado um crescente reconhecimento da influência dos sistemas sociais no comportamento humano, quer na saúde como na doença (Barrón, 1996). Desde sempre houve um interesse por parte de filósofos e cientistas em procurar entender o comportamento e as emoções na busca de fatores que justificassem o funcionamento fisiológico e patológico das pessoas, fossem estes ligados a fatores internos (biológicos) ou externos (ambientais e psicossociais) (Kapiczinsk; Quevedo; Izquierdo,2000).

Dentro dos fatores externos encontramos a clínica, a composição sociodemográfica da pessoa com doença renal crônica e o apoio social, ou como denominado por outros, suporte social. O apoio social, de uma forma geral, pode ser avaliado pela integração social de um indivíduo ao seu meio, além da rede de serviços e pessoas que lhe estão acessíveis – serviços de saúde, percepção que o indivíduo tem das pessoas e serviços na comunidade (Baptista; Baptista; Torres, 2006).

Esses indicadores tem suscitado um grande interesse, principalmente na área das ciências humanas e sociais, sendo um dos principais objetos de estudo da saúde (Paixão; Oliveira, 1996). O suporte social é apontado por estudiosos de diversas áreas do conhecimento como um “fator capaz de proteger e promover a saúde” (Siqueira, 2008, p. 381).

Cassel (1974) ressalta a importância do contato social no equilíbrio das doenças. Segundo esse autor a adaptação ao meio social e ao ambiente é um fator que pode diminuir a susceptibilidade às doenças. O apoio social também exerce uma função mediadora, contribuindo para a manutenção da saúde, e permite que as pessoas contornem a possibilidade de adoecer como resultado de determinados eventos da vida (por exemplo: a perda do emprego, o falecimento de uma pessoa querida, entre outros) (Valla, 1998 apud Pietrukowicz, 2001).

Ainda de acordo com Cassel (1974), as pessoas que não têm posições sociais privilegiadas (pessoas com problemas sociais e desordem familiar), são mais susceptíveis a terem problemas de saúde relacionados ao estresse. A sensação de não conseguir controlar a própria vida e a de isolamento social, podem estar diretamente relacionados com o processo saúde-doença. Porém, a proposta do apoio social mostra que as consequências desses fatores não são necessariamente aplicadas a todas as pessoas afetadas da mesma maneira.

Symister et al (2003) e Vaux (1988) ressaltam que pessoas com elevado apoio social apresentam um melhor ajuste físico e mental. Em estudos como de Berkman et al (1979) Dessen e Braz (2000) e Ribeiro (1999), são verificadas evidências da relação entre apoio social e o estado de saúde do indivíduo.

Os autores citados elaboraram um estudo prospectivo em que mediram o apoio social de 4700 homens e mulheres, entre 30 e 69 anos de idade, seguidos ao longo de 9 anos, concluindo que um maior grau de apoio social predizia um decréscimo na taxa de mortalidade.

As pesquisas efetuadas ao longo dos anos referem que as pessoas socialmente isoladas apresentam uma saúde mais debilitada e uma taxa de mortalidade muito superior às pessoas com muitos contatos sociais. Na realidade, o isolamento social aparece como um risco de vida tão elevado quanto o tabagismo, a obesidade, a inatividade física e altos níveis de colesterol (Hockenbury; Hockenbury, 2003).

O suporte social é um importante recurso para quem sofre de doença crônica, podendo reduzir a angústia que acompanha os indivíduos, promovendo uma maior adesão ao tratamento médico (Pedroso; Sbardelloto, 2008). Ademais, Cohen (1988, apud Martins, 2005) verificou que o apoio social, para além de poder gerar respostas que influenciam positivamente a doença, pode produzir padrões de comportamento que afetam o risco de doença através da resposta biológica.

Pietrukowicz (2001) salienta duas formas de atuação ou dois tipos de efeitos do apoio social na saúde e no bem-estar do indivíduo. Os primeiros são designados como efeitos diretos, nos quais o apoio social tem um efeito evidente sobre o bem-estar, independentemente do nível de estresse (quanto maior o nível do apoio social, menor o mal-estar psicológico, enquanto quanto menor o grau de apoio social, maior a incidência de transtornos, independentes dos acontecimentos de vida e *estressores*).

Esta hipótese sugere que o apoio social e a saúde estão linearmente relacionados. Os segundos efeitos são designados como efeitos indiretos, nos quais o apoio social funciona como um moderador de outras forças que influenciam o bem-estar. Essa tese afirma que, quando as pessoas estão expostas a *estressores* sociais, estes tenderão a exercer efeitos negativos, principalmente nas pessoas cujo nível de apoio social é baixo.

Pietrukowicz (2001), acerca da relação entre apoio social e bem-estar físico, tem demonstrado que a probabilidade de morte entre indivíduos com menos ligações sociais é o dobro da probabilidade de morte entre os indivíduos com laços mais fortes, mesmo quando se tem em conta hábitos como: o tabagismo; consumo de álcool, atividades físicas, obesidade e uso de programas de prevenção.

Portanto, o apoio social proporciona mais saúde. Estando sozinhas, quando se sentem doentes, as pessoas tendem a preocupar-se mais com a doença. A partir do momento em que o apoio social começa a funcionar, as pessoas mudam de comportamento, aumentando a sua capacidade de enfrentar situações difíceis e dolorosas, a sua autoestima é elevada e descobrem o potencial que têm, aumentando assim a possibilidade de uma vida melhor. Os riscos de adoecer por problemas ligados a fatores psicológicos tendem a ser reduzidos (Pietrukowicz, 2001).

Verifica-se que existe um conjunto de teorias que sustentam a ideia de que o apoio social traz consequências físicas positivas, influenciando o comportamento das pessoas, ou seja, o apoio social ajuda as pessoas a evitarem maus hábitos que podem comprometer os sistemas imunológico, nervoso e cardiovascular, dificultando o domínio do sofrimento físico pelo organismo (Pietrukowicz, 2001).

Mesmo havendo ideias contraditórias acerca dos benefícios (melhoria da saúde) ou malefícios (excessiva dependência pode ter efeitos negativos) do suporte social na saúde dos indivíduos, a “ideia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde tem sido predominante” (Ramos, 2002, p. 156).

No Brasil, há carência de instrumentos para avaliação do apoio social recebido por pessoas saudáveis ou doentes. Conceitualmente, o apoio social pode ser investigado a partir do aspecto funcional (redes de apoio) ou pela percepção do indivíduo do apoio social recebido (avaliação subjetiva).

Optamos por um instrumento de avaliação subjetiva, primeiro por ser o mais utilizado em estudos brasileiros e, segundo, por se inserir na linha de pesquisa de desfechos autopercebidos desenvolvida nas unidades de diálise onde foi conduzido o estudo. Em estudo de revisão da literatura, Gonçalves et al. identificaram o instrumento “Escala de Apoio Social do Estudo Pró-Saúde” como o mais utilizado em estudos brasileiros sobre apoio social.

Nessa revisão, os instrumentos mais utilizados foram: “Escala de Apoio Social do Estudo Pró-Saúde” em 45% dos estudos, “Questionário de Apoio Social de Saranson” em 15%, Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/Aids em 10% e “Medida de Rede Social do Estudo Pró-Saúde” em 10%. Portanto, a ampla utilização do instrumento, permitindo o diálogo de nossos resultados com outros estudos, e o caráter subjetivo (autopercepção do apoio social recebido) determinaram nossa escolha do instrumento.

### **3 APOIO SOCIAL NA DOENÇA RENAL CRÔNICA**

O ano de 1945 pode ser considerado um marco em relação ao tratamento clínico por HD. Neste ano, é descrito o primeiro caso de paciente com insuficiência renal que sobreviveu graças à terapia hemodialítica. O rim artificial da época ainda era rudimentar, sendo conhecido como “rim de Kolff”, nome de seu idealizador.

O sobrevivente sofria de insuficiência renal aguda, foi submetido à HD e recuperou a função renal. O paciente teria morrido se não fosse o suporte do tratamento dialítico. Até então a HD só era possível para casos de insuficiência renal aguda por não haver método de acesso vascular permanente. Até 1960, os pacientes só podiam ser submetidos a poucas sessões de HD porque a cada sessão eram dissecadas artéria e veia; conseqüentemente, após algumas sessões, não havia mais opção de vasos de acesso vascular para HD.

Em 1960, Scribner e Quinton idealizaram o shunt arterio-venoso externo permanente, que possibilitava a realização das sessões de HD várias vezes. A partir daí, a HD pôde ser oferecida aos pacientes com DRC. Nos primeiros anos do advento da HD para pacientes com DRC, a principal questão era a sobrevida, mais especificamente a melhora técnica da HD aliada ao controle clínico das complicações da DRC visando o aumento da sobrevida.

Nos últimos anos, após inúmeros avanços técnicos e tecnológicos relacionados a HD, observa-se o estacionamento da taxa de sobrevida. A expectativa de vida entre indivíduos

norte-americanos com DRC em HD é de em média 5 anos em indivíduos com idade entre 45 a 64 anos e de apenas 10 anos em pessoas com idade entre 20 e 44 anos (Kjellstrand et al., 2008). Com a constatação de uma sobrevida curta e sem melhora nas últimas décadas, o foco de atenção passa a ser também a QV dos pacientes. Como não se tem conseguido aumentar a sobrevida, a preocupação central passa a ser a QV ao longo dos anos da curta sobrevida.

É bem determinado o período no qual existe um verdadeiro *boom* do número de estudos acerca da QV entre doentes nos periódicos médicos internacionais, baseando-se na interessante revisão bibliográfica conduzida por Garrat et al. (2002). Nessa revisão observa-se o aumento exponencial do número de artigos em língua inglesa publicados em periódicos médicos durante a década de 1990. Nesse primeiro período, na década de 1990, os estudos comprovam a baixa QV das pessoas submetidas à HD, tanto na comparação da população geral como na comparação com outros doentes crônicos, e também alta prevalência de depressão.

Dos anos 90 para cá, ficou extensamente comprovado o grande impacto negativo da HD sobre a QV e depressão. Atualmente, os estudos nessa área buscam mais do que constatar a baixa QV e alta prevalência de depressão, buscam sim encontrar estratégias para melhora da QV e diminuição dos sintomas depressivos entre os indivíduos em HD. Nessa linha, as duas unidades, que são cenários do presente estudo, tem produzido inúmeros estudos voltados para a descoberta de variáveis modificáveis associadas à QV e depressão.

Segundo Cukor et al. (2007), os estressores são modulados por fatores psicológicos e sociais. Até o momento, os estudos das referidas unidades englobavam fatores psicológicos, a saber: satisfação sexual, espiritualidade e coping (modo de enfrentamento) (Santos et al, 2012; Santos et al, 2013; Santos, 2010; Santos, 2015; Santos, 2008). Essas variáveis se mostraram fortemente associadas à QV e depressão e são caracterizadas como fatores modificáveis, passíveis de intervenção.

A disfunção sexual entre mulheres em homens em HD associa-se à baixa qualidade de vida e maior presença de sintomas depressivos (Santos et al, 2013; Santos et al, 2012; Santos, 2008); as pessoas com maior percepção espiritual da vida possuem melhor QV e menor ocorrência de sintomas depressivos (Santos, 2015); por fim, o modo de enfrentamento direcionado ao problema, em comparação ao modo de enfrentamento fugitivo direcionado à emoção, está associado a melhor QV (Santos, 2010). Disfunção sexual, religiosidade e

coping podem ser modificados por abordagem clínica, trabalhos em grupo e psicoterapia, respectivamente.

Além dos fatores psicológicos, clínicos e de personalidade, como os citados acima, vem ganhando destaque o papel central do apoio social percebido pelas pessoas em HD como preditor de morbidade, mortalidade, QV e sintomas depressivos. Como descrito anteriormente, o apoio social funciona como um agente no ajuste da pessoa com a presença de doenças crônicas ocasionando melhores desfechos, tanto objetivos (mortalidade), como subjetivos (QV, sintomas depressivos). Os mecanismos não são totalmente elucidados.

Os mecanismos propostos para a intermediação do apoio social em relação a esses melhores desfechos são: maior acesso e utilização dos serviços de saúde, maior adesão ao tratamento, neutralização ou diminuição do estresse via efeitos sobre os sistemas neuroendócrino e imunológico. Entre as pessoas com DRC em HD, as consequências positivas são evidenciadas tanto na sobrevivência, como na QV e na depressão. Já é demonstrado que o apoio social influencia a taxa de mortalidade entre as pessoas com DRC em HD (Christensen et al, 1994), tornando-se um preditor independente de mortalidade, a ser utilizado pelas equipes de saúde (Mccellan; Stanwick; Anson, 1993). Igualmente importante é a demonstração de que o apoio social atua como mediador tanto da qualidade de vida das pessoas em HD como do aparecimento de sintomas depressivos (Khalil; Abed, 2014).

As unidades de HD assim como a Estratégia Saúde da Família (ESF) contam com equipes multiprofissionais, inclusive com assistentes sociais. O papel do assistente social na assistência ao indivíduo em HD tem sido delimitado recentemente. Um dos papéis imputado ao assistente social é a identificação das pessoas com menor apoio social, já que pelo tudo que foi dito, essas pessoas estão em risco aumentado de morte, pior QV e maior prevalência de depressão do que as pessoas com maior (melhor) apoio social.

Na perspectiva do apoio social como variável modificável, o presente estudo permitirá às equipes de saúde envolvidas no cuidado da pessoa em HD em identificar quem tem menor apoio social, qual tipo de apoio social é menos percebido, enfim responder as perguntas: “quem merece cuidado especial em relação ao apoio social autopercebido rebaixado? Quem está em risco?”

Esses questionamentos podem contribuir com às equipes de saúde envolvidas no cuidado, para estabelecer um elo unificador na busca da atenção integralizada e na



interrelação entre ESF e unidades de HD. Em segunda análise poderá reconhecer a contribuição do assistente social na ESF: ao interagir com os vários tipos de apoio social do doente renal crônico: sociais, econômicos, familiares etc; como na unidade de HD ao interagir com o próprio doente renal crônico.

#### **4 A PARTICIPAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA DOENÇA RENAL CRÔNICA E A NECESSIDADE DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO**

A concepção de que o processo saúde doença ultrapassa o aspecto biológico e envolve todo o contexto social, político e cultural do indivíduo, incluindo sua família, nos acompanha desde o início da graduação. Desta forma foi nos dada a oportunidade, a partir da nossa atuação como Assistente Social da Estratégia Saúde da Família - ESF e no Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF, de conviver com pessoas com doença renal crônica (DRC) submetidas ao tratamento de HD. Passamos a perceber os aspectos importantes das condições desse público, cujo tratamento gera muitas alterações impactantes sobre a vida da pessoa com DRCT como também na vida de seus familiares. A família precisa se reorganizar e também se adaptar diante de uma nova realidade, pois o paciente em HD necessita de muitos outros cuidados. As atribuições de cada componente familiar dentro deste novo cenário devem ser repensadas e distribuídas de uma forma que se auxilie à pessoa com deficiência na elaboração dos diversos sentimentos confusos e dolorosos, provocados pelo processo de adoecimento.

Na maioria das vezes, a rotina do paciente submetido à HD se restringe a consultas médicas, sessões de hemodiálise realizadas três vezes por semana - por um período de quatro horas cada sessão -, e estando o paciente sujeito a uma dieta com restrições, o que o limita à execução de tarefas que requeiram esforços físicos lhe dando a sensação de muito cansaço e fraqueza física. Por esta razão, na sua maioria são homens e mulheres chefes de família que passam a se submeterem às atividades laborais leves e informais, como confecção de produtos artesanais, para manter o sustento da prole.

Após iniciarem o tratamento, a vida social do paciente dialítico se altera de tal forma que ficam impedidos de viajar devido à doença, outros deixam de visitar amigos e vizinhos, o que lhes potencializa o sentimento de invalidez. Percebe-se que a questão da renda poderá influir significativamente na vida do dialítico, compreendendo que as pessoas submetidas às sessões de hemodiálise vivenciam situações de conflito muito reais, geralmente sua condição clínica é imprevisível e sentem muitas reações adversas ao tratamento e às medicações; a

maioria apresenta depressão por conviver com um processo de adoecimento e receio da morte.

No meio de tal situação plena de adversidades, percebe-se a ausência de direcionamento de ações de cuidado (tanto ao paciente como à sua família) passíveis de serem desenvolvidas pelos processos de atenção primária a saúde e pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois, devido a TRS e o acompanhamento clínico ser disponibilizado em meio a ambiente hospitalar, tem-se como eximida a função da atenção primária, postura que consideramos errônea, tendo em vista a capacidade e a flexibilidade do PSF de detectar e atender prontamente demandas que possam deteriorar a saúde física, mental e social do paciente e como também do seu núcleo familiar.

Acreditamos que a atuação do serviço social no serviço de dialise, na dimensão demográfica, na clínica, no contexto familiar e junto à pessoa com DRC em tratamento de HD se constitui no apoio ao enfrentamento da doença, orientando o dialítico, a família e os membros da equipe de saúde sobre todo o processo de tratamento, principalmente, na conscientização da efetivação dos seus direitos. Segundo Pietrukowicz (2001):

“O Suporte Social é um tema em discussão na atualidade e que desperta interesse de muitos pesquisadores na área da saúde. Atualmente as mudanças que ocorrem nos últimos tempos podem ser observadas através da situação de empobrecimento das populações mais pobres, ou seja: faltam empregos, aumento da miséria, baixos salários, moradia precária, insuficiência de políticas públicas que atendam pessoas nessas situações”.

Por volta da década de 70 até os anos 90 foi percebido um crescente interesse nas pesquisas sobre o suporte social, em função de diversos fatores, como por exemplo, a importância de achados referentes à relação do suporte social com indicadores de presença/ausência de diversas doenças, e a associação do suporte social com as previsões de prognóstico e restabelecimento das pessoas.

Pesquisadores notaram que portadores de enfermidades diversas, relatavam com frequência a ausência de uma rede social, ou ainda terem experimentado um maior grau de perdas importantes de laços sociais, sugerindo-se então alguma importância a existência desse suporte social para o doente, até então ainda pouco analisado. Com o crescimento do interesse pela investigação desse construto, diversos estudos já apontam uma relação entre o suporte

social e os níveis de saúde, ou seja, a presença do suporte social funcionando como agente protetor ao enfrentamento de doenças crônicas.

A percepção do suporte social apresenta-se como um fator de influência sobre os diferentes comportamentos dos indivíduos. Rigotto (2006) evidencia que quando percebido o suporte social diminui a probabilidade de ocorrência de comportamentos disfuncionais. Contemplando então os aspectos socioeconômicos relacionados ao transtorno depressivo e, mais especificamente, o transtorno depressivo desenvolvido por pacientes portadores de DRC submetidos a HD, percebe-se a necessidade de maior inclusão da prática do assistente social e um aprofundamento no estudo da mesma de modo a fornecer instrumentalização e subsídios para a criação de critérios e de metodologias de trabalho que possam minimizar as dificuldades identificadas pelo paciente em decorrência do tratamento contínuo e da presença de complicações próprias da doença.

## **5 APOIO SOCIAL E INTEGRALIDADE DO CUIDADO**

O apoio social pode ser interpretado de várias formas. A maioria dos investigadores considera o apoio social como um conceito multidimensional (Cobb, 1976; Barrera, 1986; Sarason; Sarason, 1987; Sarason; Shearin; Pierce, 1987). Apesar da diversidade de definições, possuem todas, como foco comum, a capacidade de auxílio e os processos dos sistemas de relações sociais (Gottlieb, 1988; Krediet, 2001).

Dentre os conceitos existentes, aquele defendido pelos autores do Questionário de Apoio Social (SSQ), Sarason, Levine, Bashan e Sarason (1983), é bastante claro. Ele pretende ver um indivíduo comprometendo-se com um leque de relações, cada uma delas diferindo em qualidade e profundidade de preocupação. No entanto o efeito principal da comunicação desses sentimentos não é, por si só, proteger, mas gerar confiança.

O apoio social pode ser entendido como a qualidade do suporte emocional disponível a partir das relações estabelecidas nas redes sociais, e sua presença ou ausência afeta diferentemente a saúde dos indivíduos. A natureza dessa relação explicaria o porquê de indivíduos com rede de apoio na forma de família, amigos e companheiros freqüentemente terem melhores condições de saúde física e mental, tendo em vista os recursos emocionais e/ou materiais que dela obtêm (Sarason et al, 1983; Sarason et al, 1990; Heiwe et al, 2003).

A necessidade de ser apoiado no processo de condução de cuidado e a inserção de outros atores agregados pela exigência de um maior cuidado articulado pelos diversos equipamentos que compõem os serviços de saúde para a pessoa com DRC direcionam para a compreensão de princípios que norteiam o processo de cuidado com a pessoa que realiza diálise.

Uma das diretrizes do SUS, é integralidade, que está presente nas discussões que incluem as diversas compreensões de “cuidado”, quanto nas práticas na área da saúde que se referem à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano. Ou seja: o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa.

Pela perspectiva dos usuários, a ação integral em saúde tem sido frequentemente associada ao tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento. Por isso, este valor paira como uma orientação geral nos serviços de saúde, já que o Estado tem o dever de oferecer um “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, como oficializou a Constituição Federal de 1988.

Para atender a esta necessidade da população, o Estado deve estabelecer um conjunto de ações que vão desde a prevenção à assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade. Historicamente, este conceito também está ligado a um movimento de medicina integral, que denunciava a especialização crescente dos profissionais de saúde. Com a Reforma Sanitária, a atenção integral se tornou uma das diretrizes do SUS.

“A ‘integralidade’ como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade” (Pinheiro, 2009).

Na cidade de Sobral, encontram-se as duas unidades que oferecem TRS aos pacientes portadores de DRCT moradores na região noroeste do estado do Ceará. Desde 2006, os pacientes destas unidades tem sido estudados no que se refere a desfechos autopercebidos, tais como QV, sintomas depressivos, sexualidade e modo de enfrentamento. Como exposto anteriormente, existe um estudo brasileiro pioneiro ao demonstrar a associação entre modo de enfrentamento direcionado ao problema e melhor nível de QV.

Esse referido estudo foi produzido neste serviço (Santos, 2010). A detecção de fatores modificáveis e que estejam associados à QV e depressão é medida necessária por ser capaz de

indicar possibilidades de intervenções para a melhora do nível de QV e para diminuição da presença de sintomas depressivos. Apoio social é certamente modificável. E considerando:

- 1) A DRC como problema de saúde pública;
- 2) A vasta constatação na literatura de como apoio social é capaz de prever morbidade, mortalidade, nível de qualidade de vida e prevalência de depressão entre pessoas com DRC em diálise;
- 3) Que o apoio social engloba necessariamente o círculo de familiares dos pacientes assim como os sistemas de saúde e suas equipes;
- 4) A carência de ações de cuidado passíveis a pessoa com DRC e aos seus familiares de serem desenvolvidas pelos processos de atenção primária à saúde e pela ESF;

Propomos neste estudo de dissertação de mestrado medir o nível de apoio social autopercibido e suas possíveis associações com variáveis sociodemográficas e clínicas entre pessoas com DRC submetidas ao tratamento regular de HD nas duas unidades de TRS que atendem a região noroeste do estado do Ceará, com vistas a identificar quais as características sociodemográficas e clínicas estão associadas com menor (pior) apoio social e de que tipo e, principalmente, indicar medidas e intervenções capazes de aumentar (melhor) o apoio social recebido.

## **6 OBJETIVOS**

### **6.1 Objetivo geral**

- ✓ Verificar a associação do apoio social autopercibido com variáveis sociodemográficas e clínicas entre pessoas com DRC tratadas por HD.

### **6.2 Objetivos específicos**

- ✓ Descrever o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas com DRC tratadas por HD na cidade de Sobral;
- ✓ Medir e identificar os tipos de apoio social com melhor e pior pontuação entre pessoas com DRC tratadas por HD.

## **7 METODOLOGIA**

### **7.1 Desenho e local do estudo**

Estudo analítico, observacional e do tipo transversal com abordagem quantitativa com base na população de pessoas com DRC tratadas por HD no município de Sobral, Ceará. O local do estudo serão as duas únicas unidades que oferecem HD a pacientes com DRC em Sobral: Unidade de Diálise da Santa Casa de Misericórdia de Sobral e Clínica Dom Odelir. Essas duas unidades são referência para atendimento dos casos de DRC da região noroeste do Ceará. A região noroeste do Estado tem área de 34.560 km<sup>2</sup> abrangendo 55 municípios com densidade demográfica de 37,3 habitantes/km<sup>2</sup>.

### **7.2 Amostra**

A amostra foi composta por 161 pessoas com DRC que estavam sendo tratadas por HD no mês de março de 2015 nas duas únicas unidades que oferecem terapia dialítica na cidade de Sobral. Foram excluídos os pacientes com menos de 18 anos de idade e com tempo inferior a três meses de tratamento por HD. O período inicial de tratamento hemodialítico caracteriza-se como de grande instabilidade emocional e clínica. Por esta razão da exclusão dos pacientes nos primeiros meses de HD.

### **7.3 Coleta de dados**

#### **7.3.1 – Avaliação do apoio social**

Para a avaliação da escala de apoio social foi utilizado o *Medical Outcomes Study (MOS)* validado no Brasil por Griep et al (2005). Esse instrumento contém 19 perguntas acerca de cinco dimensões do apoio social, quais sejam: Material (quatro perguntas) – provisão de recursos práticos e ajuda material; Afetiva (três perguntas) – demonstrações físicas de amor e afeto; Interação Social Positiva (quatro perguntas) – contar com pessoas com quem relaxar e divertir-se; Emocional (quatro perguntas) – habilidade na rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais; e Informação (quatro perguntas) – contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem. Cada pergunta apresenta cinco opções do tipo escala de Likert que gera as seguintes pontuações: 1 para “nunca”, 2 para “raramente”, 3 para “às vezes”, 4 para “quase sempre” e 5 para “sempre” (ANEXO I).

### 7.3.2 – Variáveis sociodemográficas e clínicas

Os seguintes dados sociodemográficos foram obtidos: gênero, idade, religião e estado civil (**ANEXO II**). Foram considerados casados os que apresentavam união estável independentemente da situação civil. Por exclusão, todos os sujeitos que não tinham união estável foram considerados não casados, incluindo divorciados/separados, viúvos e solteiros. A classificação socioeconômica correspondeu ao Critério Brasil, de acordo com o instrumento idealizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa e extensamente validado em pesquisas de *marketing* e censos populacionais no Brasil. Esse instrumento leva em consideração o nível educacional do chefe da família e a posse de bens. Resulta a classificação de cinco estratos de classe social de A (melhor nível) a E (pior nível) (**ANEXO III**).

Os seguintes dados clínicos foram obtidos: etiologia da DRC, tempo de manutenção em HD (em meses) e grau de comorbidades, de acordo com o Índice de Khan (Khan et al., 1996) (**ANEXO IV**). O Índice de Khan para classificação do grau de comorbidades leva em consideração nove comorbidades (diabetes, infarto agudo do miocárdio, angina pectoris, insuficiência cardíaca, cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica, colagenoses, fibrose pulmonar e neoplasia visceral) e a faixa etária para classificar o paciente em três graus de comorbidade: grau I (baixo risco), grau II (médio risco) e grau III (alto risco) (**ANEXO II**).

### 7.4 Análise dos dados

Os dados numéricos são apresentados por médias e desvio-padrão. Os dados categóricos são expostos por números absolutos e percentagens. Foram comparadas as pontuações referentes a cada dimensão do apoio social autopercebido de acordo com as seguintes variáveis sociodemográficas: homens *versus* mulheres; idosos (idade maior ou igual a 60 anos) *versus* não-idosos (idade inferior a 60 anos); casados *versus* não-casados; católicos e não-católicos; e classes socioeconômicas B e C *versus* classes D e E.

Foram comparadas as pontuações referentes a cada dimensão do apoio social autopercebido de acordo com as seguintes variáveis clínicas: tempo de manutenção em HD até 36 meses *versus* tempo maior do que 36 meses; diabéticos *versus* não-diabéticos; e graus de comorbidade baixo *versus* graus médio e alto. O teste t de Student foi utilizado para inferir a diferença estatística das comparações. O  $p < 0,05$  foi estabelecido para indicar significância estatística.

## 7.5 Aspectos éticos

O pesquisador desenvolveu as seguintes tarefas: 1-convidou os pacientes a participar do estudo, 2-explicou os objetivos do estudo e 3-leu o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICES A e B). Os sujeitos foram abordados pelo mestrando responsável pelo estudo e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, o pesquisador agendou o dia para comparecimento do paciente na respectiva Unidade de Diálise para a coleta dos dados.

Para realização da pesquisa foram obedecidos os aspectos éticos expressos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas com seres humanos.

A proposta de pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob o número 40388114.6.0000.5053.

## 8 RESULTADOS

### 8.1 Perfil da amostra

A amostra foi formada por 161 sujeitos, maioria de homens (65,3%), com idade média de 50,3 anos, com maior concentração nas classes socioeconômicas C e D (91,3%) e com maioria de católicos (79,5%). A principal etiologia da DRC foi hipertensão arterial (34,2%) seguida de glomerulonefrite (25,2%) e diabetes mellitus (21,7%). As pessoas estavam em tratamento de HD por média de 46,2 meses. Mais da metade da amostra (50,9%) apresentava baixo grau de comorbidade. As características da amostra estão expostas na Tabela 1.

**Tabela 1** – Características da amostra. Sobral, CE. 2016.

<b>Variáveis</b>	
<b>Gênero</b>	
Homens	105 (65,3)
Mulheres	56 (34,7)
<b>Idade</b>	<b>50,3 ± 17,0</b>



**Classe econômica**

A	0
B	9 (5,6)
C	91 (56,5)
D	56 (34,8)
E	5 (3,1)

**Religião**

Católicos	128 (79,5)
Protestantes/Evangélicos	27 (16,8)
Sem religião	6 (3,7)

**Etiologia da doença renal**

Hipertensão	55 (34,2)
Glomerulonefrite	41 (25,5)
Diabetes	35 (21,7)
Uropatia obstrutiva	13 (8,0)
Doença Renal Policística	6 (3,7)
Lupus eritematoso sistêmico	3 (1,9)
Indeterminada	8 (5,0)

**Tempo em diálise (meses)** **46,2 ± 45,5**

**Grau de comorbidade (Índice de Khan)**

Baixo	82 (50,9)
Médio	59 (36,7)
Alto	20 (12,4)

---

**FONTE: Dados da pesquisa.**

### **8.2 Perfil do apoio social autopercebido**

A Tabela 2 mostra as pontuações referentes aos cinco tipos de apoio social. As médias das pontuações referentes às dimensões Material, Afetivo e Emocional ficaram acima de 80 pontos, enquanto que as pontuações baixas foram referentes às dimensões Informação e Interação social positiva. O tipo Afetivo foi o melhor pontuado e o tipo Interação social positiva é com pior pontuação.

**Tabela 2** – Escores gerados pelo instrumento Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study. Sobral, CE. 2016.

<b>Tipo de apoio</b>	<b>Média ± desvio-padrão</b>
<b>Material</b>	83,8 ± 21,3
<b>Afetivo</b>	87,7 ± 19,2
<b>Emocional</b>	83,4 ± 20,6
<b>Informação</b>	79,8 ± 22,5
<b>Interação social positive</b>	73,5 ± 25,8
<b>Total</b>	81,0 ± 17,7

**FONTE:** Dados da pesquisa.

### **8.3 Apoio social e variáveis sociodemográficas**

As variáveis sociodemográficas que se associaram com o apoio social foram: idade, estado civil e classe socioeconômica, da seguinte forma: Idosos apresentaram maior pontuação referente à dimensão Material do apoio social (91,6 versus 80,5) – Tabela 4; casados perceberam maior apoio social referente às dimensões Material e Emocional do apoio social, respectivamente, 86,7 versus 76,8 e 86,4 versus 76,0 – Tabela 5; e as pessoas das classes socioeconômicas B e C pontuaram mais do que das classes D e E no que se refere à dimensão Afetivo do apoio social (90,2 versus 81,5) – Tabela 7. As Tabelas de 3 a 7 mostram as comparações entre as pontuações de acordo com as variáveis sociodemográficas.

**Tabela 3** – Comparação entre os escores gerados pelo instrumento Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study de acordo com o gênero. Sobral, CE. 2016.

<b>Tipo de apoio</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>P</b>
<b>Material</b>	83,6 ± 22,6	84,4 ± 18,6	0,840
<b>Afetivo</b>	87,7 ± 19,9	87,6 ± 17,9	0,962
<b>Emocional</b>	82,8 ± 20,5	84,6 ± 20,9	0,636
<b>Informação</b>	79,4 ± 22,9	80,7 ± 22,0	0,773
<b>Interação social positive</b>	75,0 ± 25,5	70,3 ± 26,2	0,332
<b>Total</b>			

**FONTE:** Dados da pesquisa.

**Tabela 4** – Comparação entre os escores gerados pelo instrumento Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study entre idosos e não-idosos. Sobral, CE. 2016.

<b>Tipo de apoio</b>	<b>Idosos</b>	<b>Não-idosos</b>	<b>P</b>
<b>Material</b>	91,6 ± 13,5	80,5 ± 23,1	0,005
<b>Afetivo</b>	84,1 ± 22,9	89,2 ± 17,3	0,160
<b>Emocional</b>	85,6 ± 16,5	82,4 ± 22,1	0,419
<b>Informação</b>	81,2 ± 21,6	79,2 ± 23,0	0,646
<b>Interação social positive</b>	73,8 ± 26,5	73,4 ± 25,6	0,932
<b>Total</b>	81,2 ± 19,7	81,0 ± 16,8	0,946

**FONTE:** Dados da pesquisa.

**Tabela 5** - Comparação entre os escores gerados pelo instrumento Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study entre casados e não-casados. Sobral, CE. 2016.

<b>Tipo de apoio</b>	<b>Casados</b>	<b>Não-casados</b>	<b>P</b>
<b>Material</b>	86,7 ± 19,3	76,8 ± 24,4	0,015
<b>Afetivo</b>	88,6 ± 18,5	85,4 ± 20,8	0,384

<b>Emocional</b>	86,4 ± 18,7	76,0 ± 23,1	0,008
<b>Informação</b>	81,1 ± 21,3	76,7 ± 25,1	0,304
<b>Interação social positive</b>	75,9 ± 24,8	67,3 ± 27,5	0,093
<b>Total</b>	83,2 ± 20,1	76,4 ± 23,8	0,067

**FONTE:** Dados da pesquisa.

**Tabela 6** - Comparação entre os escores gerados pelo instrumento Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study entre católicos e não-católicos. Sobral, CE. 2016.

<b>Tipo de apoio</b>	<b>Católicos</b>	<b>Não-católicos</b>	<b>P</b>
<b>Material</b>	84,2 ± 21,5	82,4 ± 20,9	0,706
<b>Afetivo</b>	87,4 ± 19,8	89,0 ± 16,8	0,702
<b>Emocional</b>	84,0 ± 21,0	80,6 ± 19,0	0,452
<b>Informação</b>	80,8 ± 21,9	75,8 ± 24,9	0,315
<b>Interação social positive</b>	74,1 ± 25,8	71,0 ± 25,9	0,584
<b>Total</b>	82,1 ± 16,2	76,7 ± 22,8	0,162

**FONTE:** Dados da pesquisa.

**Tabela 7** - Comparação entre os escores gerados pelo instrumento Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study de acordo com classe econômica (B+C versus D+E). Sobral, CE. 2016.

<b>Tipo de apoio</b>	<b>Classes sociais B+C</b>	<b>Classes sociais D+E</b>	<b>P</b>
<b>Material</b>	85,3 ± 19,3	81,4 ± 24,3	0,316
<b>Afetivo</b>	90,2 ± 17,1	81,5 ± 20,8	0,047
<b>Emocional</b>	83,2 ± 20,5	83,5 ± 20,9	0,940
<b>Informação</b>	80,2 ± 22,2	79,2 ± 23,1	0,814
<b>Interação social positive</b>	75,3 ± 25,2	70,5 ± 26,6	0,299
<b>Total</b>	82,8 ± 15,4	78,0 ± 20,7	0,130

**FONTE:** Dados da pesquisa.

#### **8.4 Apoio social e variáveis clínicas**

Entre as variáveis clínicas estudadas (tempo de manutenção em HD, doença de base sendo diabetes ou não diabetes e grau de comorbidade clínica), a única variável que se associou com o apoio social foi tempo de manutenção em HD, da seguinte maneira: pessoas com menos tempo em HD percebiam maior apoio social referente à dimensão Material do que as pessoas com mais tempo em HD (86,8 versus 77,2) (Tabela 8). As demais comparações estão expostas nas Tabelas 9 e 10.

**Tabela 8** - Comparação entre os escores gerados pelo instrumento Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study de acordo com tempo em diálise (até 36 meses versus mais de 36 meses). Sobral, CE. 2016.

<b>Tipo de apoio</b>	<b>Até 36 meses</b>	<b>Mais de 36 meses</b>	<b>P</b>
<b>Material</b>	86,8 ± 19,4	77,2 ± 21,3	0,040
<b>Afetivo</b>	85,2 ± 21,8	90,7 ± 15,0	0,106
<b>Emocional</b>	86,1 ± 19,2	80,0 ± 21,9	0,096
<b>Informação</b>	79,3 ± 22,5	80,5 ± 22,6	0,746
<b>Interação social positive</b>	72,6 ± 27,1	74,6 ± 24,2	0,657
<b>Total</b>	82,0 ± 16,5	76,9 ± 19,2	0,497

**FONTE:** Dados da pesquisa.

**Tabela 9** - Comparação entre os escores gerados pelo instrumento Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study entre diabéticos e não-diabéticos. Sobral, CE. 2016.

<b>Tipo de apoio</b>	<b>Diabéticos</b> <b>N=35</b>	<b>Não-diabéticos</b> <b>N=126</b>	<b>P</b>
<b>Material</b>	84,0 ± 20,7	83,8 ± 21,6	0,952
<b>Afetivo</b>	89,8 ± 20,9	87,8 ± 18,8	0,518
<b>Emocional</b>	88,1 ± 20,9	82,1 ± 20,4	0,179

<b>Informação</b>	86,1 ± 22,3	78,2 ± 22,4	0,107
<b>Interação social positive</b>	77,9 ± 22,9	72,4 ± 26,4	0,320
<b>Total</b>	85,2 ± 17,2	79,9 ± 17,8	0,171

**FONTE:** Dados da pesquisa.

**Tabela 10** - Comparação entre os escores gerados pelo instrumento Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study de acordo com grau de comorbidade (Baixo versus Médio+Alto). Sobral, CE. 2016

<b>Tipo de apoio</b>	<b>Baixo</b>	<b>Médio+Alto</b>	<b>P</b>
<b>Material</b>	82,7 ± 21,0	85,0 ± 21,7	0,550
<b>Afetivo</b>	89,2 ± 16,7	86,1 ± 21,5	0,357
<b>Emocional</b>	80,6 ± 22,4	86,2 ± 18,2	0,121
<b>Informação</b>	78,6 ± 21,7	81,1 ± 23,4	0,525
<b>Interação social positive</b>	70,8 ± 27,5	76,4 ± 23,7	0,216
<b>Total</b>	80,4 ± 16,5	81,7 ± 19,0	0,679

**FONTE:** Dados da pesquisa.

## 9 DISCUSSÃO

### 9.1 Perfil da amostra

O perfil regional da nossa amostra de pessoas com DRC em HD é um espelho exato do perfil nacional. A principal fonte de dados referentes ao perfil dos hemodialisados no Brasil é o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (Sesso et al. 2013). Esse censo mostra, como em nosso estudo, predominância de homens (58% de homens de acordo com o censo e 65,3% em nosso estudo); média de idade parecida (58,8 anos no censo e 50,3 anos em nosso estudo); hipertensão arterial sistêmica como principal causa de DRC (35% de acordo com o censo e 34,2% em nosso estudo).

Não há dados sobre religião e classe social no censo nacional. A maioria católica de nossa amostra corresponde ao encontrado em censo populacional (2010). A concentração dos

sujeitos nas classes sociais C e D poderia ser considerada como espelho da distribuição social que ocorre na população geral da região onde o estudo foi realizado.

Entretanto, parece haver uma maior prevalência de DRC entre os indivíduos de classes sociais mais baixas (Zambonato; Thomé; Gonçalves, 2008). Essa maior prevalência é explicada por um modelo que relaciona os aspectos associados à pobreza que favorecem o aparecimento e progressão da DRC, tais como: falta de emprego, nível baixo de educação, má nutrição, exposição ambiental a agentes infecciosos, maior prevalência de depressão e alcoolismo, dificuldade de acesso a sistema de saúde de qualidade. E ainda a falta de conhecimento das práticas de prevenção levando a situações de risco, como: baixo peso ao nascer, obesidade, diabetes, hipertensão arterial e disfunção endotelial, todos esses fatores de risco para DRC (Nicholas; Kalantar-Zadeh; Norris, 2015).

## ***9.2 Perfil do apoio social autopercebido***

O tipo de apoio social que apresentou menor pontuação foi o tipo interação social positiva. Esse resultado é idêntico ao encontrado por Carneiro (2014) em sua dissertação de mestrado ao estudar 100 pessoas sob tratamento hemodialítico em hospitais públicos do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal. Carneiro (2014) também encontra a interação social positiva como o tipo de apoio social pior pontuado.

A interação social positiva parece ter forte impacto na QV dos pacientes, especialmente no que se refere aos domínios saúde geral, bem-estar emocional e energia/fadiga acessados pelo instrumento KDQOL-SF (Carneiro, 2014). Sendo assim, o foco de atenção voltado para a melhora do apoio social do tipo interação social positiva poderia levar a melhora da QV dos pacientes. O Medical Outcomes pontua o apoio social do tipo interação social positiva baseado em 4 itens: “com quem fazer coisas agradáveis?”; “com quem distrair a cabeça?”; “com quem relaxar?” e “com quem se divertir junto?”

Em nossa opinião, isso indica que, em HD, o assistente social deve ter em mente o melhoramento deste apoio social através de medidas como: Fortalecer as relações intrafamiliares; potencializando a mediação de conflitos muitas vezes ocasionados por questões de gênero, diferenças culturais ou nível educacional e ausência de renda na família; tais agravos, como os que foram certificados por dados colhidos e interpretados dentro desse processo de pesquisa, são mais presentes e intensos dentro das classes C e D; devendo

também aproximar a equipe que compõem a Estratégia de Saúde da Família da pessoa com HD de sua família, como evidenciado em pesquisa realizada por Serapione (2005), que “ênfatiza a importância nos cuidados físicos e psicológicos dispensados aos componentes familiares, reforçando ainda a capacidade que a família tem de ajudar nos eventos críticos”. Deve-se inserir a pessoa com HD e seus cuidadores em abordagens psicossociais, como é sugerido pelos autores (Valla, 1999, citado por Andrade & Vaitsman, 2002) “Nesse sentido, o apoio social poderia ser um elemento a favorecer o processo no qual indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ganhar maior autonomia, mais controle sobre seus próprios destinos”.

Outra possibilidade visualizada por este pesquisador, seria a implementação de núcleos dentro da comunidade que possibilitem as práticas lúdicas e alternativas, como as Práticas Integrativas complementares na Saúde – PICs que favoreçam a promoção da resiliência no âmbito familiar como ferramenta necessária na melhora dos possíveis agravos em decorrência da ausência do apoio social interativo como descrito por Carmello que “Resiliência é uma palavra oriunda do latim que significa voltar ao estado natural. É utilizada na física para explicar a capacidade dos metais de retornarem a sua forma original depois de serem alterados na presença de um estressor (Carmello, 2004).

Na área das ciências humanas e da saúde, o termo resiliência é relativamente novo, sendo os primeiros estudos no Brasil, segundo Paludo e Koller (2005), realizados em meados da década de 80. É uma expressão utilizada para referenciar a capacidade dos indivíduos superarem adversidades geradas por perdas, doenças, dentre outros. Tais proposições encontram aporte científico a partir de experimentos e pesquisas realizadas na busca de compreensão das comorbidades na pessoa em HD que possibilitem a melhoria dos processos de adaptação ao estado de doença e suas complicações.

Por outro lado, o tipo de apoio social melhor pontuado foi o do tipo afetivo. Da mesma maneira no estudo de Carneiro (2014), inclusive com a média idêntica de 87,7 nos dois estudos. Em nosso estudo o tipo afetivo de apoio social foi ainda melhor pontuado entre as pessoas das classes B e C quando comparadas com aquelas das classes D e E.

A diferença é próxima de 10 pontos (90,2 versus 81,5). O tipo afetivo de apoio social impacta nas dimensões de funcionamento físico, bem estar emocional e energia/fadiga (Carneiro, 2014). Portanto, apesar de ser o tipo de apoio social mais bem pontuado no geral entre pessoas em HD, esse tipo de apoio social pode estar mais rebaixado entre as pessoas das classes D e E, o que faz com que estes mereçam atenção especial quanto a esse aspecto. Os



itens que pontuam esse tipo de apoio social são: “conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?”; “que lhe dê abraço?”; “que você ame e que faça você se sentir querido.

Propomos que entre as pessoas das classes D e E, o Assistente Social desenvolva medidas como: Sensibilizar as equipes de apoio sobre a importância do cuidado integral e longitudinal a pessoa em diálise e a sua família; Na compreensão dos autores Cesarino e Casagrande (1998), em pesquisa realizada em 1993, identificaram, nos relatos dos portadores de IR, a importância da participação familiar com relação às TRS.

Neste contexto, se faz necessário citar Santos (2005) afirmando que as transformações geradas pelo diagnóstico de doença crônica também são inevitáveis aos membros da família”. Estes autores reforçam a necessidade de atenção também aos familiares como forma de facilitar a manutenção do paciente. Visão ampliada para o núcleo familiar por Serapione (2005) que “ênfatisa a importância nos cuidados físicos e psicológicos dispensados aos componentes familiares, reforçando ainda a capacidade que a família tem de ajudar nos eventos críticos”.

Ter a devida atenção aos vínculos afetivos; Pois, como escreveu (Carter; Mcgoldrick, 1995) “O desenvolvimento do indivíduo se dá na família e com a família, o qual será marcado de acordo com cada etapa que estiver passando, sejam eventos naturais como idade e morte, sejam eventos acidentais, perda de emprego, morte acidental ou doenças”. As mesmas autoras salientam que, Neste contexto, se faz necessário citar Santos (2005) afirma também que “as transformações são cercados de incertezas e descrenças com relação a doença crônica”.

Já, Elsen, Marcon e Silva (2002) afirmam que “a prática de cuidador, acaba por focalizar um membro da família, despendendo menos tempo de cuidado aos demais familiares”. Proporcionar momentos formativos que evidenciem melhoras nas práticas dos diversos núcleos e campos das categorias envolvidas no processo de cuidado; Este apoderamento teórico que visa agregar melhoria na prática profissional sendo de grande relevância como cita em pesquisa (Ceccim; Feuerwerker 2004) que “A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar.

Essa abordagem pode propiciar a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, de docência e do enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde. Bem como: constituir práticas técnicas, críticas, éticas e humanistas”; Evitar sempre que possível a exclusão do cuidado com a pessoa pela atenção primária nas divisões do processo de trabalho, a partir da confirmação do diagnóstico e suas comorbidades; (Vecchia, 2011); Define que “O processo de trabalho das Unidades de Atenção Básica prevê:

a territorialização; a implementação dos princípios da Programação em Saúde; o acolhimento com escuta qualificada e classificação dos riscos; a avaliação de necessidades/vulnerabilidades; ações educativas, domiciliares e intersetoriais”.

Fica evidenciado que para a família e para cuidador a importância da escuta qualificada, das ações de carinho e afeto para com a pessoa em tratamento da DRC. Mecanismos que promovem segundo a nossa pesquisa melhoria na qualidade de vida.

### **9.3 Variáveis sociodemográficas associadas**

As variáveis sociodemográficas que se associaram com apoio social foram: idade (menor idade, menos apoio social), estado civil (menor apoio social entre os não-casados) e classe social (menor apoio social entre aqueles de classes mais baixas).

Pessoas mais idosas perceberam melhor apoio social do tipo material. Há constatações de que idosos são mais adaptados ao tratamento hemodialítico. Para alguns idosos, a DRC dialítica permite acesso mais fácil aos tratamentos médicos; possibilita interação com indivíduos fora do contexto domiciliar (equipe de saúde, outras pessoas que dialisam na mesma sala); atenção multidisciplinar por assistentes sociais, psicólogos, como acontece nas unidades de diálise); sem impacto no trabalho, já que a maioria é laboralmente inativa.

Por outro lado, o paciente mais jovem tem expectativas que são censuradas pelo aparecimento da DRC, que afeta a função sexual, interfere negativamente no trabalho, e restringe o tempo de lazer. Portanto a pessoa jovem em HD é menos adaptada ao tratamento hemodialítico. Por conseguinte, pessoas jovens em HD necessitam de maior apoio social para o enfrentamento da sobrecarga física e emocional trazida pela DRC.

Sendo assim, dando conta da nossa intenção de identificar grupos de risco carentes de apoio social e, principalmente, de sugerir intervenções visando a melhora do apoio social, sugerimos que entre as pessoas mais jovens em diálise sejam desenvolvidas as seguintes ações: Acompanhamento sistemático pelo profissional da psicologia numa perspectiva de sensibilizar a compreensão do novo “cenário” no qual se encontra inserido; As transformações egressas do processo de adoecimento causam grandes danos a pessoas com DRC e HD, contexto percebido por Moraes e Rabinovich (1996 apud Poletto; Wagner; Koller, 2004), que “comentam que existem vários fatores que auxiliam o indivíduo a não sucumbir na

adversidade e sim, a transpor a problemática da maneira mais equilibrada possível, entretanto, leva-se em conta as características: pessoais, do meio ambiente e psicológicas”.

Esta condição não é característica de todos os indivíduos pois; somente 20 em cada 100 pessoas são capazes de enfrentar a adversidade de maneira competente e equilibrada, conseguindo recuperar-se ou relaxar frente a situações estressoras”. Elaborar junto com a equipe do NASF e equipe mínima a construção de Plano Terapêutico Singular – PTS ferramenta utilizada para promover a integralidade do cuidado e articulação com os equipamentos existentes na rede de saúde do município, (Oliveira, 2008) escreveu que “O PTS designa o movimento de co-produção e co-gestão do cuidado, em busca de um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para sujeitos individuais ou coletivos, que se processa em quatro momentos não estanques: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação”; Sensibilização do jovem ou adolescente para inserir-se em ações no território e na Unidade Básica de Saúde que promovam a autoestima e o autocuidado; Além de todas essas transformações, nessa época da vida, crescem a autonomia e a independência em relação à família e a experimentação de novos comportamentos e vivências.

Alguns desses comportamentos e vivências representam importantes fatores de risco para a saúde, como o tabagismo, o consumo de álcool, de drogas ilícitas, a alimentação inadequada, o sedentarismo e o sexo desprotegido. Esses fatores aumentam os riscos para o surgimento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), gravidez indesejada, acidentes e violências, além de contribuir para o desenvolvimento futuro de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as cardiovasculares, diabetes e câncer (Malta et al., 2010). Estender através dos profissionais diálogo com as demais políticas sobre a necessidade e importância do cuidado com o público referido.

Em se tratando do público adolescente, as ações de educação em saúde são consideradas estratégias eficazes para estimular o debate sobre temas de interesse dos mesmos, considerando o contexto cultural no qual a população está inserida, podendo estas serem definidas como qualquer atividade envolvendo o processo de aprendizagem, desenhada para alcançar saúde. Essas ações geralmente são desenvolvidas por meio de aconselhamento interpessoal, em locais como consultórios, escola, entre outros, assim como impessoalmente, por meio da comunicação em massa, utilizando-se a mídia. Esses mecanismos podem contribuir efetivamente para acrescentar conhecimentos, atitudes e habilidades relacionadas com comportamentos ligados à saúde (Amorim et al., 2006).

As ações educativas em saúde podem e devem ser desenvolvidas tanto pelos profissionais da saúde como os da educação. Entretanto, a realização destas ações no espaço adequado é fundamental para o seu sucesso com o público adolescente. Sendo assim, a escola é considerada um locus privilegiado para ações de educação em saúde, pois permite alcançar os adolescentes individualmente e coletivamente e conta ainda com o apoio de professores, pais e familiares.

A atuação junto à escola, oferecendo ferramentas aos adolescentes por meio da orientação, educação, liberdade de expressão, e, fazendo deles, verdadeiros agentes em favor da saúde própria, bem como, da comunidade, é importante e necessária, pois quanto mais cedo forem proporcionadas atitudes preventivas e explicativas na busca do conhecimento à cerca das condições de saúde visando estilo de vida saudável, maiores serão as chances de se alcançarem resultados produtivos e efetivos na saúde presente e futura desses jovens e adolescentes.

Entre os não-casados houve percepção de pior apoio social de dois tipos: material e emocional. As explicações para essa percepção de apoio social inferiorizado entre não-casados podem advir das várias contestações na literatura. Há evidências que comprovam que; indivíduos separados e viúvos, que vivem sozinhos ou só com os filhos, são os que apresentam maiores níveis de depressão. Esta população é, concomitantemente, aquela que apresenta apreciações de suporte social menos positivas e índices mais baixos de funcionalidade (Requeijo et al, 2005). Isto poderá ir ao encontro da pesquisa efetuada por Ramos (2002), “onde se verifica que as pessoas casadas apresentam melhor saúde que as pessoas com outros estados civis”.

Na continuação de nossa ideia de focar nas pessoas em HD com maior risco para carência de apoio social, as medidas acima relacionadas quanto ao apoio social do tipo material, no contexto dos pacientes mais jovens, poderiam também ser implementadas entre os não-casados. Já quanto ao apoio social do tipo emocional, esse foi acessado em nossa amostra por 4 itens, a saber: “você conta com alguém para ouvi-lo quando você precisa falar?”; “em quem confiar e falar sobre os seus problemas?”; “para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?; e “que compreenda os seus problemas?”.

Assim, opinamos que o apoio social do tipo emocional entre os não-casados poderia ser otimizado pelas seguintes ações implementadas pelo assistente social: Inclusão das pessoas com este perfil em grupos e espaços existentes nas UBS; A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata, em 1978, expressou a necessidade de proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo, como um direito

humano fundamental. Nesse contexto, destaca-se que a saúde passou a ter a dimensão de qualidade de vida e não simplesmente de ausência de doença, o que exige pessoas informadas sobre os cuidados para se ter saúde e com capacidade pessoal para melhorar as condições físicas e psicossociais nos espaços onde vivem.

Nessa perspectiva, novas estratégias são criadas e implementadas visando criar políticas que atendam a essas demandas, sendo uma delas, a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, com suas políticas norteadoras, como a Estratégia de Saúde da Família - ESF, a qual tem como papel principal a reorientação do modelo assistencial para a atenção básica, buscando assim a integralidade da assistência. Deste modo, novos serviços devem ser criados para atender as necessidades da população e as necessidades dessa nova visão de assistência. Neste contexto, ressalta-se que a atenção básica da saúde deveria ser a base para a assistência da população. Conforme Ronzani e Silva (2008),” a atenção primária ou básica caracteriza-se pelo atendimento de forma preventiva e promocional, visando o indivíduo holisticamente, seu contexto social, psicológico e físico, deixando de lado as percepções de cura e do individualismo, assumindo assim o cuidado integral ao indivíduo”.

Deste modo novas metodologias assistenciais devem ser implementadas para atender as necessidades da população. Promover o fortalecimento das relações pessoais e afetivas; Na sociedade pós-moderna, sobretudo com o prestígio de que desfruta o princípio da dignidade humana, a afetividade torna-se um imperativo à convivência em família. Em razão das muitas transformações sociais e do crescente movimento no sentido de humanização, a família evoluiu, e a convivência sob o foco da família constitucionalizada passa a requerer cada vez mais cuidado e respeito, já que os direitos da personalidade se mostram em franca expansão, surgindo a cada dia novas nuances e manifestações desses inesgotáveis direitos.

Esse crescente movimento de valorização da pessoa, segundo Barcellos (2008, p. 122-126), se desenvolveu em quatro fases: a era cristã, o Movimento Iluminista-Humanista, as obras de Kant e o momento pós-guerra, em que se constata o flagrante desrespeito à pessoa, sobretudo no ato de dizimação dos judeus pelos alemães. Em consequência dessas atrocidades, surge a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que passa a influenciar as novas constituições da maioria dos Estados Democráticos de Direito.

A partir de então, a afetividade e o respeito à pessoa humana, rumo à promoção de sua dignidade, assumem novos contornos ditados pelos direitos humanos. Notadamente no Brasil, a ordem constitucional inaugurada em 1988 o exige, já que esse é o momento a partir do qual a dignidade da pessoa passa a integrar os fundamentos deste Estado Democrático de Direito,

consagrada logo no 1º artigo da Constituição Federal, o que demonstra sua precedência interpretativa. (Rosevald, 2007, p. 35).

Nessa perspectiva, a afetividade passa a ser um axioma, em busca da igualdade substancial, e não mais formal, efetivando o respeito às diferenças individuais, desempenhando importante papel para a construção ou a reestruturação da personalidade de cada um. Quando o respeito à pessoa, à sua identidade, à sua individualidade e às suas aspirações começa a ser observado, gera uma preocupação não somente de desejar, mas de promover o bem-estar dos entes familiares. Passa, então, o respeito a permear, de modo mais intenso e expressivo, as relações na dinâmica familiar, não mais como uma forma de subjugar, de impor, mas de considerar o outro nas suas diversas manifestações.

Nesse diapasão, os membros de uma família passam a viver em espírito de solidariedade e cooperação, buscando auxílio recíproco, promovendo a realização pessoal daqueles com quem dividem o espaço mais íntimo e privado. Nessa nova ótica de interação, a família estruturada sob a orientação afetiva encontra ambiente favorável ao desenvolvimento de potencialidades, à formação integral da pessoa, uma vez que, construída sobre o cuidado, o respeito, o afeto e o amor – palavras semanticamente próximas – passam a merecer especial conteúdo valorativo na perspectiva da família constitucionalizada deste novo milênio.

É nesse sentido que se vai buscar inspiração na obra literária de Saint-Exupéry, *O Pequeno Príncipe*, na qual o protagonista aprende a arte de “criar laços” e de se tornar responsável pelo que cativa. Em suas diversas aventuras, o príncipezinho aprende a cuidar de “sua” rosa e vivencia a importância de “criar laços” a fim de cativar uma raposa que o encontra. Em sua refinada e sensível percepção o autor tece uma narrativa capaz de despertar um sentimento de afetividade e solidariedade indispensáveis à atual acepção de família. Sensibilizar a pessoa com DRC sobre a atenção ao cuidado; Nesse contexto, sabe-se que as pessoas acometidas por DRC apresentam necessidades distintas dos demais indivíduos, relacionadas diretamente ao processo de perda da função renal.

A sensibilização da equipe multidisciplinar para a educação em saúde pode ser fator motivador e gerador de maior adesão ao tratamento destes indivíduos. Os diferentes profissionais da saúde podem proporcionar benefícios sociais, orientações nutricionais individualizadas, suporte psicológico na aceitação da doença, por meio do acompanhamento do indivíduo com IRC, implicando diretamente na maior adesão ao seu tratamento (Santos et al., 2008).

O exercício da autonomia implica em assumir a responsabilidade pela própria saúde, no entanto, percebe-se que alguns pacientes abdicam dessa autonomia deixando a decisão de

todos os problemas de saúde para os profissionais e os seus familiares. Muitos doentes preferem colocar-se “nas mãos” de outras pessoas, pois a autonomia, para eles, é mais uma fonte de frustração e ansiedade do que de satisfação (Culver, 1995). Nesse sentido, ressalta-se a importância da implementação de estratégias que possam contribuir para que o doente renal crônico torne-se cada vez mais participativo e atuante no seu tratamento, possibilitando meios da manifestação de sua autonomia para o cuidado de si.

O cuidado de si é discutido na obra de Michel Foucault como uma prática de si, em que o sujeito constitui-se, em face de si próprio, como um indivíduo que sofre de certos males e que deve cuidar-se, seja por si mesmo ou por alguém (Foucault, 2010); Realizar visitas domiciliares; O atendimento domiciliar confunde-se com a história do desenvolvimento dos cuidados à saúde. O médico inicialmente atendia seus pacientes a domicílio, compartilhando seus segredos e convivendo com todos os momentos significativos da vida familiar.

Isto teve especial importância no final do séc. XIX e início do séc. XX, em que os recursos terapêuticos eram limitados. No entanto, este cenário de atuação modificou-se com a urbanização e acentuou-se a partir dos anos 1930-40, com o desenvolvimento tecnológico, a fragmentação do cuidado em especialidades, a taylorização do processo de trabalho na área da saúde, e a concentração do cuidado às pessoas no ambiente hospitalar (Brasil, 2003). Esse modelo de atenção à saúde, ainda hegemônico na nossa sociedade, prioriza a prática da atenção médica, procurando oferecer à população a maior quantidade possível de serviços de saúde reduzida a serviços médicos ofertados individualmente e destinados a tratar as enfermidades ou reabilitar os usuários portadores de sequelas, por meio da clínica e com a intermediação crescente de tecnologias (Mendes, 1996).

A discussão sobre o modelo assistencial requer dos profissionais de saúde a superação do modelo hegemônico centrado na doença, para construir um pensar e um fazer sustentado na produção social do processo saúde-doença. Assim, a formulação de políticas e estratégias de mudança nos modelos de atenção deve tomar como ponto de partida a identificação e a análise dos problemas e necessidades de saúde contemporâneas da população e deve ser centrada no usuário e no cuidado (Teixeira, 2002).

Nesse sentido, surge o Programa de Saúde da Família, implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, trazendo em seus ideais a intenção de promover a reordenação do modelo assistencial centrado na doença, considerado desgastado devido à insatisfação da população, à ineficiência do setor e à incapacidade de atender os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo assistencial pode ser definido como os modos que se produz

saúde, ou seja, como a sociedade e o Estado lançam mão e desenvolvem as tecnologias para produzir e distribuir ações de saúde (Merhy; Onocko, 2007).

O Programa trouxe, portanto, uma nova dinâmica nos serviços de saúde, estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando uma prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade, com ideais no fortalecimento dos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade e da equidade do SUS, denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família – ESF (Brasil, 2006).

Para a operacionalização da ESF, é necessária a criação de equipe multiprofissional que atue numa área delimitada, e as ações básicas a serem executadas por estes profissionais estão descritas nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS). No entanto, com o advento da ESF a assistência domiciliar constitui uma atividade básica a ser realizada em Atenção Primária à Saúde para responder às necessidades de assistência de pessoas que, de forma temporária ou permanente, estão incapacitadas para deslocarem-se aos serviços de saúde.

A intervenção deste atendimento faz-se de forma diferenciada por todos os componentes da equipe de saúde, estando a resolutividade relacionada com a sua composição. Sendo assim, a Organização Mundial de Saúde define Assistência Domiciliar como a provisão de serviços de saúde, com objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna (Brasil, 2003). Acredita-se que as mudanças e potencialização da Atenção Primária à Saúde no Brasil a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família têm repercutido na assistência domiciliar, que passou de uma assistência pontual, a um processo de atenção continuado, integral e multidisciplinar no qual se realizam funções e tarefas sanitárias, assistenciais e sociais, dentro da lógica da vigilância à saúde.

Entendemos a visita domiciliar (VD) como uma grande possibilidade de atendimento domiciliário junto às famílias, que favorece a avaliação das demandas desses clientes, bem como do ambiente em que vivem. O Momento de promoção da saúde surge como uma oportunidade de estabelecimento de um plano assistencial voltado à recuperação e ao autocuidado. Essas visitas são realizadas por vários profissionais de diversas áreas, como médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, que atuam conjuntamente, formando uma equipe interdisciplinar, compartilhando a assistência e as responsabilidades em saúde (Gargarano, 2004).

Portanto, a visita domiciliar no contexto da atenção em saúde é um instrumento de assistência importante na Estratégia Saúde da Família, por contribuir para a mudança de



padrões de comportamento e, conseqüentemente, na promoção da qualidade de vida através de promoção da integralidade em saúde. Desse modo, a VD como estratégia de trabalho das equipes requer cuidados em sua realização, que deve ocorrer mediante processo racional, com objetivos definidos pautados nos princípios de eficiência. Kawamoto, Santos e Matos (1995), definem este instrumento como “um conjunto das ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial”, o qual oportuniza a família a buscar capacidade para “o cuidar” em saúde.

Na literatura, encontramos vários teóricos que discutem o cuidar. O cuidar em saúde pode ser entendido na compreensão de Leonardo Boff (2004), como um ato, uma atitude, um momento de atenção, de zelo e de desvelo, de preocupação e de envolvimento afetivo com o outro. Acrescenta que o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para o outro, provocando preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade. Ao refletir sobre a temática, entendemos ainda que nesse momento de aprimoramento da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), vários fatores têm contribuído para o desenvolvimento da saúde do país, com propostas de ampliação das ESF e, conseqüentemente, da atenção domiciliar, na intenção de permitir uma mudança de direção dos cuidados aos casos agudos, para o cuidado aos pacientes crônicos com base no sistema primário de cuidado à saúde, devendo ficar na responsabilidade dos hospitais apenas os pacientes com necessidades de cuidados mais complexos. Essa mudança proporcionaria uma visão racionalizada do trabalho, amparada por uma melhor capacidade de resolver problemas e que busca antecipar-se à doença, tanto pela educação quanto pela promoção da saúde, tornando-a, portanto, mais econômica e efetiva.

Finalmente, constatamos que as pessoas das classes sociais C e D apresentaram pior percepção do apoio social do tipo afetivo. Medidas em relação ao incremento desse tipo de apoio social já foram comentadas na seção 8.2. As mesmas podem ser direcionadas especialmente às pessoas mais pobres mantidas em HD regular

#### **9.4 Variáveis clínicas associadas**

A única variável clínica associada ao apoio social foi o tempo de manutenção sob tratamento hemodialítico. Pessoas em HD há mais de 36 meses perceberam pior apoio social do tipo material. O tratamento hemodialítico é um tratamento de substituição da função renal e não é capaz de influenciar na progressão da DRC. Sendo assim, a DRC progride durante todo o tempo que a pessoa com DRC permanece em HD.

Sendo assim, ao longo do tempo, as pessoas com DRC em HD apresentam agravamento das complicações típicas da doença: complicações cardiovasculares, metabólicas e ósseas, entre outras. Como consequência, as pessoas em HD experimentam declínio da capacidade funcional, aumento das limitações físicas, diminuição da vitalidade e piora do estado geral de saúde. Pode-se supor que esse declínio do estado de saúde provoque maior necessidade de apoio social, especialmente do tipo material.

O tipo material do apoio social em nosso estudo se refere aos seguintes itens perguntados aos participantes de nossa amostra: “Você conta com alguém que o ajude se ficar de cama?”; “para levá-lo ao médico?”; “para ajudá-lo nas tarefas diárias?”; e “para preparar suas refeições?” Assim, intervenções possíveis visando melhor do apoio social do tipo material já foram mencionadas acima e devem ser implementadas entre aqueles em HD por mais tempo, especialmente quando ultrapassam 36 meses sob tratamento.

## **10 CONCLUSÃO**

O tipo de apoio social com menor pontuação foi o Afetivo; e o de maior pontuação o tipo Interação social positiva.

As variáveis sociodemográficas associadas com apoio social foram: idade, estado civil e classe socioeconômica. A única variável clínica associada com apoio social foi o tempo em HD.

As seguintes pessoas em HD devem ser vistas como em risco de receberem menor apoio social: mais jovens, solteiras, de classe socioeconômica mais baixa e quando mantidas por mais de 36 meses em HD.

Propomos as seguintes estratégias com foco nas pessoas em risco de receberem menor apoio social: Realização de salas de espera nas unidades de HD, como perspectiva de “quebra de tensão” no pré-atendimento utilizando as Práticas integrativas na saúde, apresentação de vídeos, rodas de conversa e momentos de relaxamento; Promover uma maior aproximação entre Atenção primária, Secundária e Terciária; Integrar as equipes multiprofissionais NASF E RESIDÊNCIA como quesito importante para a desconstrução da cultura de desresponsabilização nos níveis de atenção, visando a promoção da integralidade do cuidado; Sensibilizar as equipes de saúde sobre o cuidado continuado nos níveis de atenção; Sistematizar cronograma a ser pactuado com as equipes multiprofissionais visando o

acompanhamento junto à família e a pessoa em tratamento; Viabilizar momentos dos profissionais de SS e da Psicologia como rotinas clínicas numa perspectiva do cuidado longitudinal.

Pensamos que para as estratégias acima serem efetivas precisam ser implementadas simultaneamente e em consonância pela ESF e as respectivas unidades de diálise onde as pessoas são atendidas por especialistas.

## **11 RECOMENDAÇÕES**

Assim, frente aos dados apresentados anteriormente e às interpretações decorrentes dos mesmos, realizamos a proposição de algumas recomendações para a adequação dos serviços, de modo a garantir o melhor atendimento e prognóstico frente as variáveis apresentadas. A Seguir, citamos as medidas devidas associadas com uma citação descritiva.

### **Promover melhorias nas salas de espera das Unidades de HD**

“O modelo assistencial pode ser definido como os modos que se produz saúde, ou seja, como a sociedade e o Estado lançam mão e desenvolvem as tecnologias para produzir e distribuir ações de saúde “. (Merhy; Onocko, 2007). Integrar as equipes multiprofissionais NASF e Residências em Saúde e, Viabilizar momentos de integração dos profissionais de Serviço Social e da Psicologia. “Os diferentes profissionais da saúde podem proporcionar benefícios sociais.” (Santos et al., 2008)

### **Sistematizar cronograma a ser pactuado com as equipes multiprofissionais**

“O cuidar em saúde pode ser entendido como um ato, uma atitude, um momento de atenção, de zelo e de desvelo, de preocupação e de envolvimento afetivo com o outro. Acrescenta que o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para o outro, provocando preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade.” Leonardo Boff (2004)

### **Sensibilizar a pessoa com DRC sobre a atenção ao cuidador**

“Muitos doentes preferem colocar-se “nas mãos” de outras pessoas.” (Culver, 1995)  
“O cuidado de si é discutido na obra de Michel Foucault como uma prática de si.” (Foucault, 2010)

### **Realizar visitas domiciliares**

“Assistência Domiciliar é a provisão de serviços de saúde, com objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna (Brasil, 2003)

### **Promover o fortalecimento das relações pessoais e afetivas**

“...Na qual o protagonista aprende a arte de “criar laços” e de se tornar responsável pelo que cativa. Em suas diversas aventuras, o príncipezinho aprende a cuidar de “sua” rosa e vivencia a importância de “criar laços” a fim de cativar uma raposa que o encontra”. (O Pequeno Príncipe, Saint-Exupéry).

“As transformações geradas pelo diagnóstico de doença crônica também são inevitáveis aos membros da família”. (Santos, 2005)

### **Evitar sempre que possível a exclusão do cuidador**

“A importância nos cuidados físicos e psicológicos dispensados aos componentes familiares, reforçando ainda a capacidade que a família tem de ajudar nos eventos críticos”. (Serapione, 2005)

### **Adoção de Plano Terapêutico Singular (PTS)**

“O PTS designa o movimento de co-produção e co-gestão do cuidado, em busca de um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para sujeitos individuais ou coletivos, que se processa em quatro momentos não estanques: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação”. (Oliveira, 2008)

### **Implementação de Ações de Educação em Saúde;**

“A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar (Ceccim; Feuerwerker 2004).

“Esses mecanismos podem contribuir efetivamente para acrescentar conhecimentos, atitudes e habilidades relacionadas com comportamentos ligados à saúde” (Amorim et al, 2006).

### **Inserir a pessoa em HD e seus cuidadores em abordagens psicossociais**

“Nesse sentido, o apoio social poderia ser um elemento a favorecer o processo no qual indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ganhar maior autonomia, mais controle sobre seus próprios destinos” (Valla, 1999 *apud* Andrade; Vaitsman, 2002).

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 209-214, 2003. Disponível em: [http://tede.biblioteca.ucg.br/tde\\_arquivos/11/TDE-2008-06-24T102355Z-439/Publico/DANIELLE%20DE%20PAULA%20MENDONCA.pdf](http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_arquivos/11/TDE-2008-06-24T102355Z-439/Publico/DANIELLE%20DE%20PAULA%20MENDONCA.pdf). Acesso em: 20 out 2014.

ALMEIDA, A. M.; MELEIRO, A. M. A. S. Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 192-200, 2000. Disponível em: [http://tede.biblioteca.ucg.br/tde\\_arquivos/11/TDE-2008-06-24T102355Z-439/Publico/DANIELLE%20DE%20PAULA%20MENDONCA.pdf](http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_arquivos/11/TDE-2008-06-24T102355Z-439/Publico/DANIELLE%20DE%20PAULA%20MENDONCA.pdf) Acesso em : 21 out 2014.

AMANI,A.K.;MONA.A.A.**Perceived Social Support is a Partial Mediator of the Relationship Between Depressive Symptoms and Quality of Life in Patients Receiving Hemodialysis**.Archives of Psychiatric Nursing 28 (2014) p.114-118 . Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/261182712\\_Perceived\\_Social\\_Support\\_is\\_a\\_Partial\\_Mediator\\_of\\_the\\_Relationship\\_Between\\_Depressive\\_Symptoms\\_and\\_Quality\\_of\\_Life\\_in\\_Patients\\_Receiving\\_Hemodialysis](https://www.researchgate.net/publication/261182712_Perceived_Social_Support_is_a_Partial_Mediator_of_the_Relationship_Between_Depressive_Symptoms_and_Quality_of_Life_in_Patients_Receiving_Hemodialysis). Acesso em: 05.Fev.2016.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

BARCELLOS, Ana Paula de. A eficácia jurídica dos princípios constitucionais:o princípio da dignidade da pessoa humana . 2. ed. São Paulo: Renovar, 2008, 380 p.

BARRERA, M. Distinctions between social support concepts, measures and models. **American Journal of Community Psychology**, v. 14, n. 4, p. 413-445, 1986.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **PSIC- Rev Psicologia da Vetor Editora**, v. 7, n. 1, p.39-48, jan./jun. 2006.

BASTOS, M. G.; KIRSTAJN, 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. **Journ. Bras. Nefrol.** v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.

BARRÓN, A. **Apyo social: aspectos teóricos y aplicaciones.** Espanha: Siglo XXI de España Editores, S.A.,1996.

BERKMAN, L. F.; SYME, S. L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. **Am J Epidemiol**, v. 109, n. 2, p. 186-204, fev, 1979.

BOFF, L. Saber Cuidar: Ética do Humano.Compaixão pela Terra. 9ªed. Petrópolis:Vozes,2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html) Acesso em 23 jan 2016.

CARMELLO, E. **Supere!- a arte de lidar com as adversidades.** São Paulo: Ed. Gente, 2004.

CARNEIRO, N. G. G. **Influencia do apoio social na qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico** (Dissertação). Brasília: Programa de Pós, Graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília, 2014. 121f.

CARTER, B.; MACGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida família:** uma estrutura para terapia familiar. Porto Alegre (RS): Artes médicas, 1995.

CASSEL, E. J., 1974. An Epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. **American Journal of Medicine**, 11: 1040 -1043

CECCIM, R. B.; FEURWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde, ensino, gestão e controlo social. **Rev Cienc Saúd Colet.** Rio de Janeiro. v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CESARINO, C.B.; CASAGRANDE, L.D.R. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. v.6, n. 4, p.31-40, 1998.

CHRISTENSEN, A.J.; WIEBE, J.S; SMITH T.W; TURNER, C.W. Predictors of survival among hemodialysis patients: Effect of perceived family support. **Health Psychol**, n 13, p 521-525, 1994.

CICCONELLI et al. Brazilian- Portuguese version of the SF-36: a reliable and valid quality of life outcome measure. **Rev. Bras. Reumatol**. v. 39, n.14, p. 143-150, 1999. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3492173/>. Acesso em: 14 nov 2014.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**. v. 38, n. 5, p. 300-313, 1976.

CUKOR, D.; COHEN, S. D.; PETERSON, R. A.; KIMMEL, P. L. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as paradigmatic illness. **J Am. Soc. Nephrol**. v. 18, n. 12, p. 3041-3055, 2007.

CULVER, C.M. Competência do paciente. In: SEGRE, M.; COHEN, C. **Bioética**. São Paulo: EDUSP, 1995. p.63-73.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 221-231, 2000.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. 460p.

FOUCAULT, M. **Hermenêutica do sujeito**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010



GARGARANO, F. et al. Internação domiciliária: uma experiência no sul do Brasil. **Rev. AMRIGS**, v. 48, n. 2, p. 90-94, 2004

GARRATT, A.; SCHIMIDT, L.; MACKINTOSH, A.; FITZPATRICK, R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. **BMJ**. v.324, n. 7351, jun, 2002.

GOTTLIEB, B. H. **Social networks and social support**. v. 4. Beverly Hills: Sage publications, 1988.

GRIEP, R. H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do medical outcomes study adaptada para o português no estudo pró-saúde. **Cad. Saúd. Públi**. v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005.

HEDAYATI, S. S. et al. The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. **Kidney Int**. p. 1662-1668, 2006. Disponível em: <http://www.nature.com/nrneph/journal/v2/n8/full/ncpneph0212.html>. Acesso em 14 nov 2014.

HEIWE, S; CLYNE, N; DAHLGREN, M. A. Living with chronic renal failures: patients experiences of the physical and functional capacity. **Physiotherapy Research International**, v 8, n 4, p 167-177, 2003.

HOCKENBURY, D. H.; HOCKENBURY, S. E. **Psychology**. New York: Worth Publishers, 2003.

JHA,R.,R.GAIHA,M.PANDEY.,N.KAICHER.Food Subsidy,Income Transfer and the Poor:A comparative analysis of India's public distribution system in India's States. **Journal of Policy Modeling**, v 35, n 3, p 887-908, 2013.

KAPICZINSK, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. Bases biológicas dos transtornos psiquiátrico. **Rev. Brasil. Psiquia**. v. 22, n. 3, p. 149-152, 2000.

KAWAMOTO, E. E; SANTOS, M. C. H; MATOS, T. M. **Enfermagem Comunitária: visita domiciliária**. São Paulo: EPU, 1995.

KHAN, I. H. et al. Survival on renal replacement therapy in Europe: is there a “ centre effect”? **Nephrol Dial Transplant**. v. 11, p. 300-307, 1996.

KIMMEL, P. L.; LEVY, N. B. Psychology and rehabilitation. In: DAUGIRDAS, P. G.; BLAKE, T. S. **Handbook of dialysis**. 3 rd. Philadelphia Lippincott: Williams; Wilkins, 2001.

KJELLSTRAND, C. M. et al. Short daily haemodialysis: survival in 415 patients treated for 1006 patient-years. **Nephrol Dial transplant**. v. 23, n. 10, p. 3283-3289, oct, 2008.

KREDIET, R. T. Changes in employment status in endstage renal disease patients during their first year of dialysis. **Peritoneal Dialysis International**. v. 21, n. 6, p. 595-601, 2001.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

MALTA, D.C; et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**,v 15, Supl. 2, p. 3009-3019, 2010.

MARTINS, C. S. C. Impacto do suporte social e dos estilos de coping sobre a percepção subjetiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus. **Psicologia – o portal dos psicólogos**, 2005.

MARTINS, R. M. L. A relevância social na velhice. Millenium: **Rev. Instituto Superior Politécnico de Viseu**. v. 31, p. 128-134, 2005.

MCCLELLAN, W.M.; STANWYCK, D.J.; ANSON CA.; Social support and subsequent mortality among patients with endstage renal disease. **JAm Soc Nephrol**, v 4, p. 1028-1034, 1993.

MCGOLDRICK, M. O legado da perda. P. 129-152. In: WASLSH, F.; MCGOLDRICK, M.; CARTER, E. A. **A morte na família: sobrevivendo as perdas**. Porto Alegre: ArtMed, 1998. 315p.

MITTAL, A. L.; MACKINTOSH, A.; FITZPATRICK, R. Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 16, n. 7, p. 1387-1394, 2001.

MERHY, E. E; ONOCKO R, (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORAES, R. In: POLETO, M.; WAGNER, T. M. C.; KOLLER, S. H. Resiliência e desenvolvimento infantil de crianças que cuidam de crianças: uma visão em perspectiva. **Psi.: Teor.Pesq**. Brasília, v.20, n.3, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722004000300005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722004000300005&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 06 abr 2007.

MENDES, E. V. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996

NICHOLAS, S. B.; KALANTAR-ZADEH, K.; NORRIS, K. C. Socioeconomic disparities in chronic kidney disease. **Adv Chronic Kidney**. v. 22, p. 6-15, 2015.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, D. R.; LENARDT, M. H.; TUOTO, F. S. O idoso e o sistema de cuidado à saúde na doença renal. **Acta Paulis. Enferm.** São Paulo, v. 16, n. 4, p. 49-58, out./dez. 2003.

OLIVEIRA, R. A. Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. **Anál. Psicol.** v. 4, n. 18, p. 437-453, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v18n4/v18n4a02.pdf>> Acesso em: 03.jan.2016

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 25 de mar. 2015.

PAIXÃO, R.; OLIVEIRA, R. A. Escala instrumental e expressiva do suporte social. **Psychologica.** v. 16, p. 83-89, 1996.

PALUDO, S. S.; KOLLER, S. H. Resiliência na rua: um estudo de caso. **Psic.: Teor. Pesq.** v. 21, n. 2, p. 187-195, 2005.

PEDROSOS, R. S.; SBARDELLOTO, G. Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: revisão teórica. **Psicó.: Rev. Virt. Psico. Hosp. Saúd.** v. 7, p. 32-35, 2008.

PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. **Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde** (Dissertação). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

**PRABHAT, J. M. D. et al. 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. N Engl J Med. n. 368, P. 341-350, 2013.. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1211128>. Acesso em: 05.Mar.2016.**

QUEIROZ, I. P. A. R. **Apoio social, coping e suas repercussões no humor depressivo.** (Dissertação). Goiás: Programa de pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia . Universidade Católica de Goiás. 2009, 72f.

QUINTON, W.; DILLIARD, D.; SCRIBNER, B. H. Cannulation of blood vessels for prolonged hemodialysis. **Trans. Am. Soc. Artif. Intern. Organs,** v 10, n. 6, p. 104-113, 1960.

RADLOFF, L. S. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. **Appl. Psychol. Meas.** v. 1, p. 385-401, 1977.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. Porto Alegre. **Sociologias.** ano 4, n. 7, jan./jun., p. 156-175, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf>> Acesso em: 26 jan 2016.

REQUEIJO, M., VIEIRA, F., GUERRA, M.P; SANTOS, J. **Influência do suporte social na depressão e na auto-estima do paciente com dor crônica.** 2005 Retirado de [www.forpsi.com.pt/artigo\\_mario\\_forpsi.doc](http://www.forpsi.com.pt/artigo_mario_forpsi.doc)  
[http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1293/2/390-399\\_FCS\\_06\\_-6.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1293/2/390-399_FCS_06_-6.pdf). Acesso em 2 de Nov. 2015.

RIBEIRO, J. L. P. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). **Análise Psicológica.** v. 3, n. 17, p. 547-558, 1999.

RIELLA, L. V.; RIELLA, M. C. **Noções de anatomia e fisiologia renal: Nutrição e o Rim.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RIGOTTO, D. M. **Evidências de validade entre suporte familiar, suporte social e autoconceito** (Dissertação). Minas Gerais: Programa de pós-graduação em Psicologia. Universidade de São Francisco. 2006.

RIJKEN, M. et al. Comorbidity of chronic disease. **Quali Life Res.** v. 14, p. 45-55, 2005.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva,** v 13, n 1, p 23-34. 2008

ROSENVALD, Nelson. Dignidade humana e boa-fé no código civil . São Paulo: Saraiva. 2007, 222 p.

SARASON, B.R; SARASON, I.G; PIERCE, G. R. **Social support: na international view.** New York: John Willey. 1990.

SANTOS, E. C. B. et al. Care according to diabetes patients and their main caregivers. Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am. Enferma.** v.13, n.3, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 jan 2016.

SANTOS, P. R. Disfunção erétil e qualidade de vida em pacientes jovens submetidos à hemodiálise. **Jour. Bras. Nefrol.** v. 30, n. 2, p. 132-136, 2008.

SANTOS, P. R. et al. Quality of life among womwn with sexual dysfunction undergoing hemodialysis: a cross-sectional observational study. **Hemodial. Int.** v. 14, p. 316-321, 2010a

SANTOS, P. R. et al. Correlatio between coping style na quality of life among hemodialysis patientes from a low-income área in Brazil. **Hemodialy. Int.** v. 14, p. 316-321, 2010b.

SANTOS, P. R. et al. Sexual dysfunction predicts depression among women on hemodialysis. **Int. Urol. Nephrol.** v. 45, p. 1741-1746, 2013.

SANTOS, P. R. et al. Social adaptability and substance abuse: predictores of depression among hemodialysis patients? **BMC Nephology.** v. 12, n. 12, 2013. Disponível em: <<http://www.blomedcentral.com/1471-2369/14/12>> Acesso em: xxxx.

SARASON, I. G.; LEVINE, H. M.; BASHAN, R. B.; SARASON, I. G. Assessiing social support: the social support questionnaire. **Jour. of Person. and Soc. Psychol.** v. 44, n. 1, p. 121-137, 1983.

SARASON, I. G.; SARASON, B. R. Experimentally provides social support. **Jour. of Person. and Soc. Psychol.** v. 50, n. 6, p. 1222-1225, 1986.

SARASON, B. R.; SHEARIN, E. D.; PIERCE, G. R. Interrelations of social support measures: theoretical and practical implications. **Jour. of Person. and Soc. Psychol.** v. 52, n. 4, p. 813-832, 1987.

SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Censo 2012.** Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/pdf/socios2012.pdf>> Acesso em: 02.mar.2016.

SCHWARTZ, E. et al. As redes de apoio no enfrentamento da doença renal crônica: social networks and social support for people dealing with chronic renal disease. **Rev. Minei. Enferma.** V. 13, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/179>  
Acesso em: 10.mar.2016.

SERAPIONI, M. The role of Family and primary network in the reform of social policies. Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúd. Colet.** v. 10, suppl. 0, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000500025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500025&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 jan 2016.

SESSO, R. C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S.; LUGON, J. R.; SANTOS, D. R. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2013: análise das tendências entre 2011 e 2013. **Jour. Bras. Nefrol.** v. 36, p. 476-481, 2014.

SIQUEIRA, M. M. M. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. **Psicol. em Estud.** v. 13, n. 2, p. 381-388, 2008.

SYMISTER, P.; FRIEND, R. The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self-esteem as a mediator. **Health Psychology.** v. 22, n. 2, p. 123-12, 2003.

TEIXEIRA, CF. **Modelos de atenção para a qualidade,efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde.** In: Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. Promoção e vigilância da saúde. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2002. p. 79-99

TEIXEIRA BARROSO, M.G; MENDONÇA SHERLOCK, M.S; LIRA DE AMORIM, V; CUNHA VIEIRA, N.F; LEITE MEIRELLES MONTEIRO, E.M. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros na promoção à saúde do adolescente. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde,** v 19, 2006. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40819409>> Acesso em: 14 de março de 2016.

VAN DOORN, W. G. Is petal senescence due to sugar starvation? **Plant Physiology.** v. 134, p. 35-42, 2004.

VAUX, A. **Social support:** theory, research and intervention. New York: Praeger, 1988.

VECCHIA, M. D. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde:** o processo grupal como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo (Tese). Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu. 2011.

VIVEKEANAD, J. H. A. et al. Croonic kidney disiease: global dimension and perspectives. **Lancet**, n 382, p. 260-272, 2013.

ZAMBONATO, T. K.; THOMÉ, F. S.; GONÇALVES, L. F. S. Perfil socioeconômico dos pacientes com doença renal crônica em diálise na região noroeste do Rio Grande do Sul. **Jour. Bras. Nefrol.** v. 30, p. 192-199, 2008.



**ANEXOS E APÊNDICES**

## ANEXO I

## ESCALA DE APOIO SOCIAL DO MEDICAL OUTCOMES STUDY

*Se você precisar, com que frequência conta com alguém...*

**1. Tipo de apoio: MATERIAL**

**Que o ajude, se ficar de cama?**

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
-------	-----------	----------	--------------	--------

**Para levá-lo ao médico?**

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
-------	-----------	----------	--------------	--------

**Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?**

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
-------	-----------	----------	--------------	--------

**Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?**

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
-------	-----------	----------	--------------	--------

**2. Tipo de apoio: AFETIVO**

**Que demonstre amor e afeto por você?**

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

**Que lhe dê um abraço?**

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

**Que você ame e que faça você se sentir querido?**

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

### **3.Tipo de apoio: EMOCIONAL**

**Para ouvi-lo, quando você precisa falar?**

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

**Em quem confiar ou para falar de você ou sobre os seus problemas?**

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

**Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?**

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

**Que compreenda os seus problemas?**

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

#### **4.Tipo de apoio: INFORMAÇÃO**

**Para dar bons conselhos em situações de crise?**

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

**Para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?**

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

**De quem você realmente quer conselhos?**

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

**Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?**

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

### 5.Tipo de apoio: INTERAÇÃO SOCIAL POSITIVA

**Com quem fazer coisas agradáveis?**

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

**Com quem distrair a cabeça?**

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

**Com quem relaxar?**

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

**Para se divertir junto?**

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

**FORMULÁRIO DE COLETA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E  
CLÍNICAS**

<b>Nome:</b>					
<b>Gênero:</b>			<b>Idade:</b>		
<b>Classe social:</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>Religião:</b>					
<b>Etiologia da doença renal crônica:</b>					
<b>Grau de comorbidade:</b>	<b>Baixo</b>		<b>Médio</b>		<b>Alto</b>

**ANEXO III**  
**CLASSIFICAÇÃO DA CLASSE SOCIOECONÔMICA - CRITÉRIO BRASIL**

**SISTEMA DE PONTOS**

**Posse de itens**

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

**Grau de Instrução do chefe de família**

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

**CORTES DO CRITÉRIO BRASIL**

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	42 - 46	0,9%
A2	35 - 41	4,1%
B1	29 - 34	8,9%
B2	23 - 28	15,7%
C1	18 - 22	20,7%
C2	14 - 17	21,8%
D	8 - 13	25,4%
E	0 - 7	2,6%

**ANEXO IV****ÍNDICE DE KHAN**

<b>Diabetes</b>	(     )SIM	(     )NÃO
História de AVC	(     )SIM	(     )NÃO
IAM	(     )SIM	(     )NÃO
Angina pectoris	(     )SIM	(     )NÃO
ICC	(     )SIM	(     )NÃO
D. Vasc. Periférica	(     )SIM	(     )NÃO
Malignidade	(     )SIM	(     )NÃO
Cirrose	(     )SIM	(     )NÃO
DPOC	(     )SIM	(     )NÃO
Colagenose	(     )SIM	(     )NÃO
Úlcera péptica	(     )SIM	(     )NÃO

**Faixa etária**

- (     ) 18-40  
 (     ) 40-50  
 (     ) 50-60  
 (     ) 60-70  
 (     ) 70-80  
 (     ) > ou = 80

**APÊNDICE****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**



Neste momento o senhor(a) (ou responsável) está tendo a opção de participar de um estudo que objetiva conhecer aspectos do diagnóstico da doença renal crônica em nossa região. Os resultados desse estudo serão de grande ajuda, pois possibilitarão que os profissionais envolvidos no cuidado aos pacientes que fazem o tratamento de hemodiálise tenham mais dados sobre como contribuir para a melhoria e garantia da qualidade de vida da pessoa com doença renal crônica.

Para tal, o pesquisador Santiago Marinheiro Saraiva precisará ter acesso às informações contidas em prontuários sobre as consultas que o senhor(a) realizou nas Unidades de Hemodiálise no município de Sobral.

Se o senhor(a) (ou responsável) não quiser participar do estudo não implicará em qualquer consequência direta relacionada ao seu tratamento, se o senhor(a) for paciente. Os pacientes que participam e os pacientes que não participam têm o mesmo tipo de assistência pelos mesmos profissionais.

Asseguro que o senhor(a) (ou responsável) tem o direito e a liberdade de desistir de sua participação a qualquer momento, antes de iniciar ou mesmo durante a realização do estudo. Garanto que o desenvolvimento desta pesquisa não envolve quaisquer riscos ou desconforto para a saúde. O resultado da pesquisa será divulgado, porém, a identidade do participante será mantida no anonimato, bem como qualquer informação que possa identificá-lo(a).

Para esclarecimentos adicionais, estarei disponível no endereço: Unidade de Diálise da Santa Casa de Sobral, Rua Major Franco, s/n – Sobral, CE e pelo telefone 88-3112-0569 e no meu telefone celular 88-9626-0585. Se o senhor(a) concordar em participar, assine a declaração abaixo. Pela atenção, muito obrigado.

.....  
Santiago Marinheiro Saraiva

-----  
**CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que tomei conhecimento do estudo mencionado acima, fui devidamente esclarecido(a) e concordo em dele participar.

Sobral,.....de.....de 2014.

.....  
Nome do(a) Participante

.....  
Assinatura do(a) Participante ou digital

.....  
Nome da pessoa que conduziu a discussão do Consentimento

.....  
Assinatura da pessoa que conduziu a discussão do Consentimento