

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ELIZIANE SANTOS MEDEIROS

**AUTOESTIMA E ESTADO DE SAÚDE DE PACIENTES COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

UBERLÂNDIA

2018

ELIZIANE SANTOS MEDEIROS

**AUTOESTIMA E ESTADO DE SAÚDE DE PACIENTES COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso, a ser apresentado á banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel e Licenciado em enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia.

Orientador: Profª Dra Cristiane Martins Cunha

Co-orientador: Prof Dr Clesnan M. Rodrigues

Uberlândia

2018

ELIZIANE SANTOS MEDEIROS

**AUTOESTIMA E ESTADO DE SAÚDE DE PACIENTES COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso, a ser apresentado á banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel e Licenciado em enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia.

Uberlândia, 05 de dezembro de 2018.

Banca examinadora

Prof. Dra. Cristiane Martins Cunha

DEDICATÓRIA

Dedico a realização deste trabalho a minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelas oportunidades que colocou no meu caminho, e por ter me dado força e coragem para vencer todos os obstáculos na busca da realização de mais um sonho.

Aos meus pais pelos ensinamentos e valores transmitidos, os quais foram meu alicerce para trilhar os caminhos que me trouxeram até aqui, e por não medirem esforços para que eu alcançasse os meus objetivos.

Ao meu Irmão por sempre estar comigo em todos os momentos

Ao meu Esposo por sempre estar ao meu lado pela paciência e compreensão nos momentos difíceis, e por sempre estar ao meu lado me orientando me dando forças e incentivando a buscar a realização dos meus sonhos.

A minha filha por ser a alegria dos meus dias e a razão da minha vida.

A Nadaby e Gracielly pela oportunidade de participar do grupo de pesquisa e pela ajuda nos momentos de dificuldade.

A minha amiga Rafaela por compartilhar comigo de momentos importantes da minha vida.

A minha orientadora Dra. Cristiane e ao meu Co-orientador Dr. Clesnan pela orientação, apoio, e disponibilidade em transmitir todo seu conhecimento.

E por fim, a todos aqueles que de alguma forma estiveram presentes na minha formação, meu muito obrigada!

RESUMO

MEDEIROS, Eliziane Santos. **Autoestima e estado de saúde de pacientes com doença renal crônica em tratamento dialítico**. 2018. 44f. Trabalho de conclusão de curso. Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Uberlândia, MG.

Introdução: A doença renal crônica (DRC) e o tratamento hemodialítico implicam em impactos negativos nos âmbitos físico, psíquico e social do indivíduo, em decorrência das mudanças exigidas no hábito de vida e na rotina. Todas essas repercussões prejudicam a autoestima e na forma de sua auto-percepção do estado de saúde. **Objetivos:** Mensurar a autoestima e o estado de saúde de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise, comparar se há diferença nos escores nos constructos desses pacientes e em relação a um grupo normativo (indivíduos saudáveis) e identificar os determinantes (sociais, demográficos e clínicos) que se associam com estes constructos. **Método:** Estudo transversal, de caráter analítico e descritivo, de abordagem quantitativa, aprovado pelo comitê de ética local. Realizado em uma instituição pública e uma clínica privada de hemodiálise, em um município do interior de Minas Gerais. Participaram um grupo de estudo (pacientes com DRC, em hemodiálise) e um grupo normativo (população geral), os quais responderam os instrumentos avaliativos: Questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica, a escala visual analógica (EQ-EVA) e a escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). Os dados foram apresentados na forma de frequência absoluta, relativa ou como média, mediana, erro padrão, mínimo e máximo. Para a comparação do perfil dos dois grupos, algumas variáveis foram dicotomizadas e comparadas pelo teste de Qui-Quadrado de independência com correção de continuidade e pelo teste de Mann-Whitney. Utilizou-se a regressão linear múltipla para avaliar os efeitos da hemodiálise na autoestima e na percepção do estado de saúde dos pacientes e da população normativa. Para seleção das variáveis de importância nos constructos avaliados, foi utilizado o método *backward*, baseando-se no critério de exclusão do modelo, a probabilidade menor que 10%. Essa análise também foi realizada para os indivíduos em hemodiálise acrescentando-se as variáveis específicas desses pacientes ao modelo completo. Para avaliar a relação entre os escores de autoestima e estado de saúde, utilizou-se a correlação de Spearman e a significância do coeficiente de correlação foi testada com o teste *t* de Student. Para todas as análises, adotou-se o índice de significância de 0,05. **Resultados:** No grupo de estudo, houve predominância de homens (59%), nível educacional de ensino médio incompleto (68%) e 55% referiram não ter companheiro conjugal. A maioria (84%) possuía comorbidades. As variáveis idade, estado civil e escolaridade foram diferentes entre os grupos ($p < 0,05$). Os resultados do EQ-EVA mostraram que o grupo estudo possui pior estado de saúde (média=63,69%) em relação ao grupo normativo (média= 80,34) e que fazer hemodiálise foi a única variável que apresentou diferença ($p < 0,05$). Quanto à EAR, o grupo estudo apresentou melhor autoestima (média= 20%) que o grupo normativo (média= 18,05) ($p < 0,05$). As variáveis sexo e tempo de sessão influenciaram positivamente no estado de saúde dos indivíduos em hemodiálise, enquanto o número de comorbidades teve impacto negativo. Nenhuma variável apresentou relevância na autoestima dos DRC em hemodiálise. Não houve correlação significativa entre os constructos autoestima e Estado de Saúde ($p = 0,196$) no grupo de estudo. Por outro lado, houve correlação negativa e moderada no grupo normativo ($r_s = -0,373$; $p = 0,002$). **Conclusão:** Os pacientes com DRC em HD apresentaram pior estado de saúde e melhor autoestima em relação a população normativa. As variáveis de importância para o estado de saúde foram número de comorbidades, tempo de sessão e sexo. Não foi verificada correlação significativa entre estado de saúde e autoestima em DRC em hemodiálise.

Descritores: Autoestima. Diálise renal. Insuficiência renal crônica. Qualidade de vida.

ABSTRACT

MEDEIROS, Eliziane Santos. **Self-esteem and health status in patients with chronic kidney disease under dialysis treatment Completion of course work.** 2018. 44 p. Graduation in Nursing of the Faculty of Medicine. Federal University of Uberlandia, MG

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) and hemodialysis treatment imply negative impacts on the physical, psychological and social environment of the individual, as a result of the changes required in the habit of life and routine. All of these repercussions undermine self-esteem and in the form of self-perceived health status. **Objectives:** To assess the self-esteem and health status of patients with chronic kidney disease on hemodialysis, to compare whether there is difference in the scores of these patients' constructs and in relation to a normative group (healthy individuals) and to identify the determinants (social, demographic and clinical) that associate with these constructs. **Method:** Cross-sectional, analytical and descriptive study, with a quantitative approach, approved by the local ethics committee. Performed in a public institution and a private hemodialysis clinic, in a municipality in the interior of Minas Gerais. A study group (patients with CKD, on hemodialysis) and a normative group (general population) participated, which answered the evaluation instruments: Demographic and clinical characterization questionnaire, visual analogue scale (EQ-EVA) and scale Rosenberg's self-esteem (EAR). Data were presented as absolute frequency, relative or as mean, median, standard error, minimum and maximum. For the comparison of the profile of the two groups, some variables were dichotomized and compared by the Chi-square test of independence with continuity correction and by the Mann-Whitney test. Multiple linear regression was used to evaluate the effects of hemodialysis on self-esteem and the perception of the health status of patients and the normative population. For the selection of the importance variables in the evaluated constructs, the backward method was used, based on the criterion of exclusion of the model, the probability less than 10%. This analysis was also performed for hemodialysis subjects by adding the specific variables of these patients to the complete model. To evaluate the relationship between self-esteem scores and health status, the Spearman correlation was used and the significance of the correlation coefficient was tested with Student's t-test. For all analyzes, the significance level of 0.05 was adopted. **Results:** In the study group, there was a predominance of men (59%), incomplete high school education level (68%) and 55% said they did not have a married partner. The majority (84%) had comorbidities. The variables age, marital status and schooling were different between groups ($p < 0.05$). The EQ-EVA results showed that the study group had a worse health status (mean = 63.69%) than the normative group (mean = 80.34) and that hemodialysis was the only variable that presented a difference ($p < 0.05$). As for RAS, the study group presented better self-esteem (mean = 20%) than the normative group (mean = 18.05) ($p < 0.05$). The variables gender and session time had a positive influence on the health status of hemodialysis subjects, while the number of comorbidities had a negative impact. No variables showed relevance in the self-esteem of CKD in hemodialysis. There was no significant correlation between the self-esteem constructs and Health Status ($p = 0.196$) in the study group. On the other hand, there was a negative and moderate correlation in the normative group ($r_s = -0.373$; $p = 0.002$). **Conclusion:** The patients with Chronic kidney disease presented worse health status and better self-esteem in relation to the normative population. The variables of importance for the health status were number of comorbidities, session time and sex. There was no significant correlation between health status and self-esteem in CKD on hemodialysis.

Keywords: Self-esteem; Chronic renal insufficiency; renal dialysis.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Perfil social e demográfico dos indivíduos com doença renal crônica e a população normativa no Município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018. 19
- Tabela 2** Escores da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e do Estado de Saúde (EVA) de pacientes com doença renal crônica, em tratamento hemodialítico, e de uma população normativa no Município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018. 21
- Tabela 3** - Regressão linear múltipla dos escores da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e do Estado de Saúde (EVA) com variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes com doença renal crônica, em tratamento hemodialítico e de uma população normativa no Município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018. 22
- Figura 1** - Relação entre a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e o Estado de Saúde de indivíduos com doença renal crônica, em tratamento hemodialítico e de uma população normativa no Município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018 (n = 100 indivíduos por grupo). 23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
DRC	Doença renal crônica
HD	Hemodiálise
FG	Filtração Glomerular
KDOQI	Kidney Disease Outcome Quality Initiative
FFR	Falência Funcional Renal
EAR	Escala de Autoestima de Rosemberg
EGS	Escala Global de Saúde
EVA	Escala Visual Analógica
GE	Grupo Estudo
GN	Grupo Normativo
HD	Hemodiálise
EP	Erro Padrão
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
3 MÉTODOS	14
3.1 Delineamento do estudo e considerações éticas	14
3.2 Participantes	14
3.3 Procedimentos	14
3.4 Instrumentos de coleta de dados	15
3.4.1 Instrumentos para caracterização social, demográfica e clínica	15
3.4.2 Escala de Autoestima de Rosenberg	16
3.4.3 Escala Visual Analógica do Euroqol (EQ-EVA)	16
3.5 Processamento e análise dos dados	16
4 RESULTADOS	18
5 DISCUSSÃO	24
6 CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE 1- Termo de consentimento livre e esclarecido	39
APÊNDICE 2- Questionário de caracterização sócio demográfica	41
APÊNDICE 3- Questionário de caracterização clínica	42
ANEXO 1- Capacidade discriminatória e de orientação psíquica mental	43
ANEXO 2- Escala de autoestima de Rosenberg	44
ANEXO 3- Escala Visual Analógica do Euroqol (EQ-EVA)	45

1 INTRODUÇÃO

Atualmente a doença renal crônica (DRC) é um problema de saúde pública mundial, visto que as taxas de incidência e prevalência de pessoas em tratamento dialítico vêm aumentando consideravelmente nos últimos anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2016). O número estimado de indivíduos em tratamento dialítico no Brasil foi de 122.825, o que representa um aumento de 31,5 mil casos nos últimos cinco anos (SBN, 2016; SESSO et al., 2017).

Os rins são órgãos responsáveis pela manutenção da homeostase do corpo humano e a redução da função renal pode resultar em comprometimento de todo o organismo (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010; MACEDO; TEIXEIRA, 2016). A fisiopatologia da DRC envolve a diminuição da filtração glomerular (FG) associada à perda progressiva e irreversível das funções regulatórias, excretórias e endócrinas do rim (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010; FRAZÃO et al., 2016).

Segundo publicação da *Kidney Disease Outcome Quality Initiative* (KDOQI), a DCR é definida pela lesão renal associada ou não à diminuição de sua função (taxa de FG <60 ml/min/1,73 m), por um período igual ou superior a três meses (COSTA et al., 2009; BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). O estágio mais avançado da perda função renal é incompatível com a vida e ocorre quando a taxa de FG atinge valores muito baixos (inferiores a 15 ml/min/1,73m²), denominado de falência funcional renal (FFR) (ROMÃO JÚNIOR, 2004; BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010). As possibilidades terapêuticas disponíveis para DRC são as terapias renais substitutivas, tais como a diálise peritoneal, a hemodiálise ou o transplante renal (MATOS; LOPES, 2009; FRAZÃO et al., 2014).

A hemodiálise (HD) é a modalidade terapêutica mais utilizada no Brasil (SESSO et al., 2017). Esse recurso remove as toxinas e os resíduos nitrogenados do sangue em um período médio de quatro horas (a sessão), as quais ocorrem, em média, três dias por semana (COSTA et al., 2009; FRAZÃO et al., 2016). Apesar dos avanços tecnológicos, essa terapia ainda se associa a muitas complicações e altas taxas de hospitalização e mortalidade (SALOMÃO, 2002).

A hemodiálise, apesar de ser um tratamento indispensável (e que possibilita aumentar a sobrevida do paciente), implica em impactos negativos multifatoriais, nos âmbitos físico, psíquico e social da pessoa, somado às mudanças nos seus hábitos de vida e da rotina (utilizar medicações de uso contínuo, restrição hídrica e nutricional) (THEOFILOU, 2012; BAYOUMI, 2012; MACEDO; TEIXEIRA, 2016; SIQUEIRA; XIMENES, 2014).

A convivência com as limitações físicas, fadiga, declínio social, conflitos existenciais e angústia espiritual são experiências bastante dolorosas e angustiantes que limitam o convívio social e familiar, provocam perdas financeiras, constantes afastamentos do trabalho (HIGA et al., 2008; RIBEIRO et al., 2013), além da dependência de acompanhamento clínico ambulatorial (DYNIEWICZ; ZANELA; KOBUS, 2006). Tudo isso agrava os sintomas físicos e emocionais do paciente (GRANT et al., 2004; RODRIGUES et al., 2011).

Do ponto de vista da autoimagem, observam-se importantes modificações na imagem corporal que podem ser apresentadas, por exemplo, pelo uso de cateteres, aneurismas de fístulas arteriovenosas e cicatrizes cirúrgicas que levam a diminuição da autoestima (AFONSO; MACEIRAS, 2012; FRAZÃO et al. 2014; MACEDO; TEIXEIRA, 2016). Essas mudanças e os efeitos advindos do tratamento podem levar a uma baixa autoestima do indivíduo contribuindo para o aumento do sofrimento, discriminação e diminuição do convívio social e o isolamento (COSTA et al., 2009; MACEDO; TEIXEIRA, 2016).

A autoestima pode ser compreendida como o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa tem em relação a si mesma (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004), ou seja, expressa uma atitude de aprovação (positiva) ou de depreciação (negativa) e engloba o autojulgamento em relação à competência e valor (AVANCI et al. 2007; HUTZ; ZANON, 2011), e pode ser concebida como um fator de proteção contra os possíveis malefícios decorrentes da condição de doença (JUTH; SMYTH; SANTUZZI, 2008; HUTZ; ZANON, 2011). Estudo realizado por Frazão et al. (2014), ressalta que o enfermeiro deve considerar o risco de baixa autoestima como problema importante no cuidado ao paciente renal em hemodiálise.

A percepção do estado de saúde, bem como o impacto de sua doença e de seu tratamento, vem sendo amplamente reconhecidos como tópicos de pesquisa em estudos clínicos e epidemiológicos (FREIRE; SOUTO; CICONELLI, 2011). Os antecedentes e desencadeantes da doença, a interação, a avaliação e a resposta do indivíduo em relação às ameaças ao seu bem estar, podem moderar o impacto, frear ou acelerar o desenvolvimento de um processo mórbido (NUNES et al., 2014). Investigações sobre a qualidade de vida permitem ampliar as informações sobre a doença e efeitos terapêuticos, podendo sugerir modificações no tratamento e fatores de prolongamento da vida (YAGHMAIE et al., 2008).

A DRC, por si só, é responsável por inúmeras repercussões negativas nos aspectos biopsicossociais que comprometem o estado de saúde de seus portadores (SILVA et al., 2011). E o tratamento dialítico intensifica esse impacto, tanto para os aspectos emocionais, como para os aspectos sociais dos pacientes com doença crônica, pois compromete muito a

qualidade de vida e implica em prejuízos, na disposição do indivíduo pra cuidar de si próprio e na colaboração com seu tratamento (OLIVEIRA et al., 2008).

Apesar de o Estado de Saúde e da autoestima serem dimensões de importância reconhecida por estudiosos da área da saúde, a sua relação ainda não foi bem estabelecida, fato esse corroborado pela escassez de pesquisas na literatura científica, pois ainda é restrita as publicações sobre essas avaliações. Desse modo, acredita-se que são necessários estudos que se proponham a investigar essa correlação e seus desdobramentos nas diversas circunstâncias da assistência à saúde, particularmente no enfrentamento das condições crônicas. Sendo assim, torna-se totalmente viável mensurar o estado de saúde e a autoestima de pacientes renais crônicos em hemodiálise e analisar qual a influência de variáveis sociais, demográficas e clínicas sobre esses constructos.

Com esses achados, é possível realizar um diagnóstico situacional, acerca dos constructos que impactam nos pacientes com DRC atendidos em duas instituições de um município do interior de Minas Gerais. A partir daí, a equipe multiprofissional poderá planejar a assistência mais adequada a esses indivíduos, por meio de intervenções que visem melhorar os aspectos psicossociais e emocionais, sendo possível melhorar o estado de saúde e a autoestima desses pacientes.

2 OBJETIVOS

O presente estudo objetivou mensurar a autoestima e o estado global de saúde de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise, comparar se há diferença nos escores desses constructos desses pacientes em relação a um grupo normativo (indivíduos saudáveis) e identificar os determinantes (sociais, demográficos e clínicos) que se associam com estes constructos.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento, local do estudo e considerações éticas

Estudo transversal, analítico e descritivo, com abordagem quantitativa correlacional e comparativa. Este estudo advém de um projeto de pesquisa amplo (eixo temático), intitulado de “*Associação de medidas de constructos subjetivos na autogestão em saúde de pacientes com doença renal crônica*” e que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, sob n. CAAE 67009117.0.0000.5152. Foi executado em um Hospital Público e uma clínica Privada de hemodiálise vinculada ao SUS, situados no interior do estado de Minas Gerais.

3.2 Participantes

Nesse estudo, tivemos dois tipos de participantes, um grupo de estudo (GE) e um grupo normativo (GN). A amostra foi não probabilística, por conveniência e do tipo consecutiva. Após a apresentação dos objetivos do estudo aos potenciais participantes e mediante os devidos esclarecimentos, foi solicitado o consentimento, o qual foi efetivado com a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE 1).

O GE foi composto por indivíduos com idade entre 18 anos a 80 anos, com diagnóstico de doença renal crônica, em terapia renal substitutiva (hemodiálise) em um período maior que 6 meses. Os pacientes deveriam ter o estado cognitivo preservado e estarem em acompanhamento clínico ambulatorial. Foram excluídos do estudo, os indivíduos com história de internação prévia, nos últimos 30 dias, com terapia renal substitutiva há menos de 6 meses e que faziam diálise peritoneal.

O GN foi composto por indivíduos sem doenças crônicas, maiores de 18 anos e com preservação do estado cognitivo. Foram excluídos indivíduos com história de internação e diagnóstico de doença infecciosa nos últimos 30 dias.

3.3 Procedimentos

O período de coleta de dados ocorreu entre Outubro de 2017 a março de 2018. Pela técnica de entrevista, foram aplicados os questionários avaliativos em ambos os grupos do estudo, depois de obtida a aptidão psíquica e mental do participante, a qual foi avaliada conforme os critérios descritos por Pfeiffer (1975) (ANEXO 1).

Os questionários avaliativos foram: 1- Questionário de caracterização sócio demográfica (sexo, idade, procedência, estado civil, escolaridade, renda familiar, quantidade de pessoas que viviam na residência, instituição de origem, tipo de trabalho e se exerce alguma atividade remunerada) (APENDICE 2); 2- Questionário de avaliação clínica (diagnóstico médico e etiologia da doença renal crônica, comorbidades, tempo, duração da sessão e a frequência semanal da hemodiálise, complicações e hábitos de vida) (APENDICE 3); e 3- versão validada para uso no Brasil da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) (DINI, 2001) (ANEXO 2), juntamente com a versão em português da escala visual analógica que avalia o estado global de saúde do instrumento Euroqol (EQ-5D), denominado de EQ-EVA (EUROQOL GROUP, 2010; PINTO et al., 2011) (ANEXO 3).

3.4 Instrumentos de medida

3.4.1 Instrumentos para caracterização social, demográfica e clínica

Obtivemos as informações sociais, demográficas e clínicas dos participantes por meio do instrumento elaborado pelos pesquisadores do estudo, mediante informações baseadas em estudos prévios e conforme os objetivos desse estudo.

O instrumento com informações sociais e demográficas foi composto pelos seguintes itens: data da entrevista, duração da entrevista, sexo, idade, procedência (município de origem), estado civil, escolaridade (por categorias e em anos de estudo), renda familiar (salários mínimos e renda bruta em reais), quantidade de pessoas que viviam na mesma residência e profissão do participante (tipo de trabalho e se naquele momento estava exercendo alguma atividade remunerada, ou seja, se estava ativo ou inativo) (APÊNDICE 2).

O instrumento com informações clínicas foi composto por dados autorreferidos (tipos de doenças e medicamentos utilizados pelo participante, se fuma, se faz atividade física regular) e ainda por dados obtidos em consulta aos seus prontuários (instituição de origem, diagnóstico médico principal e outros diagnósticos assinalados no prontuário e a quantidade de doenças crônicas diagnosticadas e que estão informadas nos prontuários). Além disso, solicitamos informações sobre o tempo de duração da sessão e a frequência da terapia renal substitutiva e se o paciente já apresentou algum tipo de complicação ou hospitalização decorrente da DRC (APÊNDICE 3).

3.4.2 Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

A escala de avaliação de Autoestima de Rosenberg (1965) (ANEXO 2) é usada para avaliar os sentimentos e as atitudes positivas ou negativas relacionadas a si mesmo, tais como a valorização, a satisfação pessoal, o orgulho e o respeito, as qualidades e competências, bem como sentimentos e atitudes negativas, como o insucesso, a insatisfação, a inutilidade. Sua versão original foi traduzida, adaptada culturalmente e validada para a população brasileira por Dini (2001) e Avanci et al. (2007). É uma escala unidimensional, composta por 10 itens com quatro opções de resposta cada, dispostos em uma escala do tipo Likert (1- concordo totalmente, 2 - concordo, 3 - discordo, 4 - discordo totalmente), sendo que quanto maior o escore, maior a autoestima da pessoa (AVANCI et al., 2007; HUTZ; ZANON, 2011). Para a pontuação das respostas, os cinco itens que expressam sentimentos positivos têm valores invertidos (4 - concordo totalmente, 3 - concordo, 2 - discordo, 1 - discordo totalmente) e, então, para o cálculo do escore final, soma-se os valores aos outros cinco itens, totalizando um valor correspondente às respostas dos dez itens. O intervalo possível dessa escala é de 10 (dez itens multiplicados por valor 1) a 40 (dez itens multiplicados por valor 4) (AVANCI et al., 2007; HUTZ; ZANON, 2011).

3.4.3 Escala Visual Analógica do Euroqol (EQ-EVA)

Para mensuração do Estado Global de Saúde (EGS) (ou apenas estado de saúde), utilizamos a escala visual analógica (EVA) (EUROQOL GROUP, 2010; PINTO et al., 2011) (ANEXO 3), a qual é facilmente aplicável em uma ampla variedade de condições de saúde, haja vista que não exige elevado grau cognitivo. Ela tem o objetivo de medir, de maneira simples e genérica, vários atributos subjetivos do indivíduo, com intuito de auxiliar na avaliação clínica e na implementação de medidas (CASTRO et al., 2006; MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011). É uma escala com graduação milimétrica, que varia de 0 a 100 mm, sendo que maiores valores correspondem melhor autopercepção da saúde. Após realizar as orientações quanto à utilização dessa escala, solicita-se para que o indivíduo indique na escala, a posição de seu próprio Estado de Saúde naquele momento de avaliação (considerando o zero, como o pior Estado de Saúde imaginável e 100 o melhor Estado de Saúde imaginado no dia da avaliação).

3.5 Processamento e Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados em uma planilha eletrônica (Microsoft Office Excel) e posteriormente transportados para os softwares IBM *Statistical Package for the*

Social Sciences (SPSS) versão 20.0 executados em ambiente Windows®, para o processamento dos dados. Para todas as análises, adotamos o índice de significância de 0,05.

Para tratamento estatístico, todos os dados contínuos foram testados quanto à normalidade pelo teste de Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

Como algumas das variáveis qualitativas com múltiplos níveis apresentavam amostra muito baixa (pouca representatividade das mesmas), optamos pela dicotomização das variáveis. As classificações adotadas para dicotomização foram: Procedência (1- município local; 0- outras cidades); Estado Civil (1- com companheiro; 0- sem companheiro); Escolaridade (1- ensino médio completo ou maior; 0- ensino inferior ao descrito anterior); Ambulatório origem (1 - público; 0 - privado); Sexo (1- feminino; 0- masculino).

Os dados das variáveis avaliadas foram apresentados na forma de frequência absoluta, relativa ou como média, erro padrão, mínimo, máximo e mediana dependendo da distribuição.

Para a comparação dos perfis dos dois grupos, os dados dicotomizados do perfil foram comparados como teste de Qui-Quadrado de independência com correção de continuidade. Para os dados contínuos, não pareados, que não mostraram normalidade, na sua maioria, foi aplicado o teste de Mann-Whitney.

Em relação à avaliação do constructo EVA e EAR, a qual apresenta dimensões multifatoriais, utilizou-se a regressão linear múltipla, pelo método dos mínimos quadrados, para avaliar os efeitos da hemodiálise no constructo autoestima e auto percepção do estado geral de saúde nos pacientes em hemodiálise (código 1) e na população normativa (código 0) (modelo 1). Para seleção das variáveis de importância nas dimensões dos constructos avaliados, foi utilizado o método *backward*, baseando-se no critério de exclusão do modelo, a probabilidade menor que 10%. Essa análise também foi realizada para os indivíduos em hemodiálise acrescentando-se as variáveis específicas desses pacientes ao modelo completo (modelo 2). Como os modelos não foram construídos com o intuito de predição e sim para descrever os indivíduos estudados, os pressupostos dos modelos não foram testados.

Para avaliar a relação entre os escores dos constructos, autoestima e estado de saúde, utilizou-se a correlação de Spearman e a significância do coeficiente de correlação foi testada com o teste *t* de *Student*.

4 RESULTADOS

Participaram do estudo 200 indivíduos (grupo de estudo=100; população normativa=100). Quanto às características dos participantes do grupo de estudo, verificamos que houve predominância do sexo masculino 59%, em 68% tinham nível educacional de ensino médio incompleto, 55% referiram não viver conjugalmente com alguma companhia. A maioria, 53% era proveniente de instituição privada e 57% referiram ter apresentado algum tipo de complicação decorrente da DRC. Já em relação às características gerais do grupo normativo, verificamos que houve predominância do sexo feminino 54%, em 56% tinham nível educacional de ensino médio completo/superior e 62% referiram viver conjugalmente. Verificamos, portanto, que apenas as variáveis, estado civil e escolaridade, tiveram diferença estatística entre os grupos avaliados ($p < 0,05$) (tabela 1).

No que se refere às variáveis contínuas, verificamos que o grupo de estudo era mais velho (média=53,59 anos) comparado ao grupo normativo (47,79 anos) ($p=0,004$). Todas as outras variáveis avaliadas, o grupo normativo tinha característica superior ao grupo de estudo, no que se refere em nível de instrução, renda individual e familiar ($p < 0,05$) (tabela 1).

Tabela 1. Perfil social e demográfico de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e de uma população normativa no Município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018. (n=100 cada grupo, exceto variáveis de renda com 99 para a população normativa).

Variável	Estrato	Grupo n (%)		p-valor ¹
		Hemodiálise	Normativa	
Sexo	Masculino	59 (59)	46 (46)	0,089
	Feminino	41 (41)	54 (54)	
Estado Civil	Sem companheiro	55 (55)	38 (38)	0,023
	Com companheiro	45 (45)	62 (62)	
Escolaridade	Médio incompleto	68 (68)	44 (44)	0,001
	Médio completo	32 (32)	56 (56)	
Tabagismo	Não	86 (86)	93 (93)	0,166
	Sim	14 (14)	7 (7)	
Atividade Física	Não	71 (71)	63 (63)	0,229
	Sim	29 (29)	37 (37)	
Ambulatório origem	Público	47 (47)		
	Privado	53 (53)		
Complicações	Não	43 (43)		
	Sim	57 (57)		
Comorbidades	Não	16 (16)		
	Sim	84 (84)		

Continua

Variável	Hemodiálise		Normativa		p-valor ²
	Média ± EP	Mín-Máx (Mediana)	Média ± EP	Mín-Máx (Mediana)	
Idade (anos)	53,59 ± 1,47	21 - 81 (54)	47,79 ± 1,52	20 - 82 (47)	0,004
Tempo de instrução (anos)	8,41 ± 0,39	0 - 17 (9,5)	9,92 ± 0,36	2 - 20 (11)	0,003
Renda individual (reais)	1584,56 ± 150,17	800 - 10000 (980)	1842,88 ± 151,9	0 - 8000 (1300)	0,018
Renda familiar (reais)	2712,52 ± 220,78	900 - 11000 (1980)	3441,6 ± 272,2	900 - 22000 (2800)	0,001
Salários mínimos	2,52 ± 0,13	1 - 6 (2)	2,96 ± 0,12	1 - 6 (3)	0,004
Número de moradores	2,6 ± 0,15	0 - 7 (2)	2,82 ± 0,15	0 - 6 (3)	0,187
Tempo sessão (min)	220,25 ± 2,29	150 - 270 (225)			
Tempo Terapia (meses)	5,05 ± 0,43	1 - 19 (4)			
Tempo Diagnóstico (meses)	7,16 ± 0,68	1 - 40 (5)			
Comorbidades (número)	1,57 ± 0,1	0 - 4 (1,5)			

Legenda: EP - erro padrão; Mín - mínimo; Máx - máximo.

¹p-valor teste de Qui-Quadrado com correção de continuidade. ²p-valor teste de Mann-Whitney.

Na tabela 2 apresentamos os valores dos escores do Estado de Saúde e da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). Verificamos que Estado de Saúde do grupo de hemodiálise foi significativamente menor que o do grupo normativo. O contrário foi observado com a autoestima, a qual foi considerada superior no grupo de pacientes com a hemodiálise ($p < 0,05$).

Tabela 2. Escores da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e do Estado de Saúde (ES) de pacientes com doença renal crônica, em tratamento hemodialítico, e de uma população normativa no Município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018. (n = 100 indivíduos por grupo).

Grupo	Estatística	EVA	EAR
Hemodiálise	Média ± EP	63,69 ± 2,60	20,00 ± 0,45
Normativa		80,34 ± 1,76	18,05 ± 0,50
Hemodiálise	Mín-Máx (Mediana)	0 - 100 (70)	11 - 40 (20)
Normativa		20 - 100 (85)	10 - 35 (18)
	p^1	< 0,001	0,002

Legenda: EP - erro padrão; Mín - mínimo; Máx - máximo.

¹p probabilidade teste de Mann-Whitney.

A tabela 3 mostra os resultados da regressão linear múltipla de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas com os constructos autoestima e Estado de Saúde do grupo estudo (hemodiálise) em relação ao grupo normativo. Verificamos que a variável “fazer hemodiálise” é um importante fator que interfere negativamente no Estado de Saúde ($Bi = -16,65$; $p < 0,001$). Por outro lado, essa mesma variável tem um pequeno impacto positivo sobre a autoestima dos pacientes com doença renal crônica em relação ao grupo normativo ($Bi = 1,93$; $p < 0,001$).

Em relação ao estado de saúde, ser do “sexo feminino” ($Bi = 10,14$; $p = 0,045$) e “tempo maior das sessões” de hemodiálise ($Bi = 0,24$; $p = 0,031$) interferem positivamente na percepção do Estado de Saúde desses indivíduos, ao passo que “ter um número maior de comorbidades” ($Bi = -8,48$; $p = 0,001$) tem uma interferência negativa sobre esse constructo. Nenhuma variável avaliada mostrou impacto sobre a autoestima no grupo de pacientes do grupo de estudo.

Tabela 3. Regressão linear múltipla dos escores da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e do Estado de Saúde (EVA) com variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes com doença renal crônica, em tratamento hemodialítico e de uma população normativa no Município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018. (n = 100 indivíduos por grupo).

Hemodiálise versus Normativa					
	Variável¹	Bi	EP	t	p
EVA	Constante	80,343	2,24	35,93	< 0,001
	Fazer hemodiálise	-16,65	3,15	-5,28	< 0,001
EAR	Constante	18,07	0,479	37,72	< 0,001
	Fazer hemodiálise	1,93	0,68	2,85	0,005
Hemodiálise					
	Variável¹	Bi	EP	t	p
EVA	Constante	20,71	24,44	0,85	0,399
	Sexo	10,14	5,00	2,03	0,045
	Comorbidades (número)	-8,48	2,50	3,39	<0,001
	Tempo de sessão (min)	0,24	0,11	2,19	0,031
EAR	Constante	20,00	0,45	44,08	<0,001

Legenda: *Bi* - i-ésima estimativa dos parâmetros do modelo; *t* - teste *t* de Student para a estimativa; EP - erro padrão; *p* -probabilidade

¹Codificação das variáveis: Grupo Hemodiálise (1- sim; 0 - não); Sexo (1 - feminino; 0 - masculino).

A figura 1 mostra que não houve correlação significativa entre os constructos autoestima e Estado de Saúde ($p=0,196$) no grupo de estudo. Por outro lado, houve correlação negativa e moderada, mas significativa entre os dois constructos, no grupo normativo ($r_s = -0,373$; $p = 0,002$).

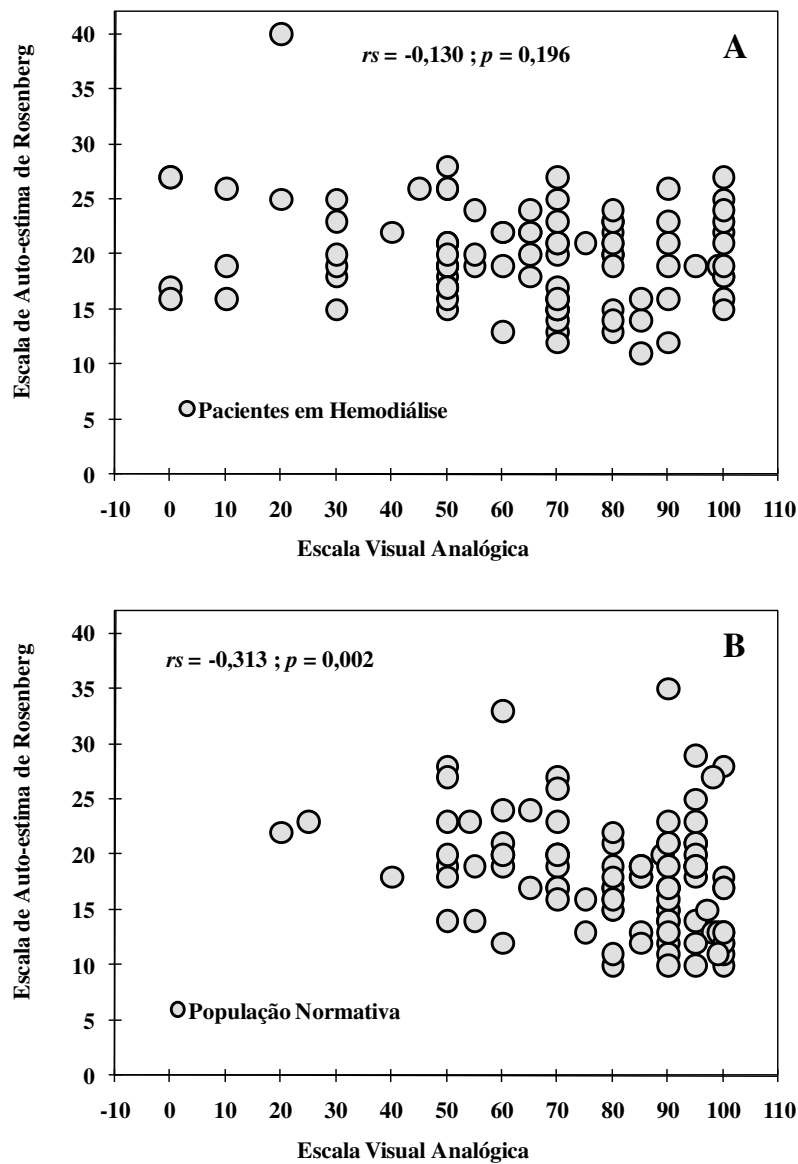


Figura 1. Relação entre a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e o Estado de Saúde de indivíduos com doença renal crônica, em tratamento hemodialítico e de uma população normativa no Município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018 (n = 100 indivíduos por grupo).

Legenda: r_s - coeficiente de correlação de Spearman; p - probabilidade teste t de *Student* para correlação.

5 DISCUSSÃO

Este estudo propôs avaliar os escores autoestima e o estado de saúde de pacientes com doença renal crônica em tratamento dialítico em relação à população normativa, além de avaliar a influência de variáveis sociais e demográficas sobre essas percepções.

A DRC é um grave problema de saúde pública pela sua elevada incidência e prevalência na população em geral (COUTINHO et al., 2010; SESSO et al. 2017). O que pode ser atribuído ao envelhecimento populacional, ao avanço no número de casos de doenças crônicas, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus bem como o aumento da sobrevida dos pacientes renais crônicos devido à melhoria da terapêutica dialítica e realização do transplante renal (COUTINHO et al., 2010).

Apesar de ser um tratamento indispensável que possibilita prolongar a vida do doente renal crônico, a hemodiálise implica em impactos negativos que incidem em mudanças de ordem física, psíquica e social. Assim a qualidade de vida dessas pessoas é afetada por diversos fatores relacionados ao convívio com a doença renal crônica, como restrições hídricas e alimentares, alterações de apetite e peso, distúrbio de sono, diminuição de interesse sexual, esquemas terapêuticos rigorosos e contínuos (FERREIRA; SILVA FILHO, 2011; CHAVES, 2015). Muitas vezes, a DRC representa a perda do corpo saudável e ativo, da autonomia e mudanças nas atividades sociais e no trabalho (emprego, estabilidade econômica, limitação de atividades), mudança de papéis familiares, alterações na vida afetiva, relação de dependência (profissionais de saúde, familiares, máquina de HD) (COSTA et al., 2009).

Uma vez que a DRC causa impacto na qualidade de vida e na sobrevida do paciente, prevenir e diminuir as complicações da terapia de substituição da função renal tem sido preocupações constantes dos profissionais de saúde (SANTOS et al., 2015).

A avaliação dos efeitos das doenças crônicas sobre a vida das pessoas é de grande importância em termos de saúde pública (SIQUEIRA; XIMENES, 2014) e vários estudos mostram que fatores socioeconômicos, demográficos e clínicos exercem impacto considerável sobre a qualidade de vida dessas pessoas (ALVARES et al., 2013). O conhecimento do perfil dos pacientes com doença renal crônica e o tratamento nos estágios iniciais, com a adoção de condutas individualizadas e adequadas pode retardar a sua evolução e evitar complicações, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e reduzindo os custos com tratamento (REMBOLD et al., 2009). Tudo isso tem impacto positivo sobre a percepção da autoestima e do estado de saúde dessas pessoas.

Ao analisarmos os dados levantados pelo questionário sociodemográfico, podemos verificar que no grupo de doentes renais crônicos houve a prevalência de indivíduos do sexo masculino e a média de idade foi de 53,59 anos. No que se refere ao estado civil, predominaram indivíduos sem companheiro/união conjugal. Quanto à escolaridade, a maioria não possuía ensino médio completo. Já no grupo normativo, houve a prevalência de indivíduos do sexo feminino com idade média de 47,79 anos, com companheiro. No que se refere aos aspectos socioeconômicos (escolaridade, tempo de instrução, renda individual e familiar) se apresentaram superiores ao grupo estudo.

Vários estudos retratam um maior percentual de doentes renais crônicos do sexo masculino (FERREIRA; SILVA FILHO, 2011; NUNES et al., 2014; SANTOS et al., 2015; SESSO et al., 2016), o que também foi evidenciado no Inquérito Brasileiro de dialise Crônica, em 2016, que encontrou que 57% dos pacientes em hemodiálise no Brasil são homens. Esse predomínio pode estar relacionado ao fato dos mesmos procurarem as unidades de saúde menos que as mulheres, resultando em uma maior vulnerabilidade deles às doenças crônicas (FRAZÃO et al., 2016).

Quanto a variável idade, a amostra de pessoas em hemodiálise que compunha o nosso grupo estudo se constituiu principalmente de indivíduos na fase adulta. Fato que corrobora com outros estudos realizados (FERREIRA; SILVA FILHO, 2011; FRAZÃO et al. 2016; GRASSELLI et al., 2016), que verificaram que a média de idade encontrada se enquadra nessa fase da vida. Segundo Frazão et al. (2016), nessa faixa etária se encontram indivíduos economicamente ativos, o que potencializa as alterações sofridas pela DRC e seu tratamento, prejudicando a qualidade de vida desses indivíduos.

Estudo realizado por Rembold et al. (2009) mostrou um número expressivo de pacientes na faixa de 50 a 60 anos ou mais, indicando que as doenças crônicas degenerativas acompanham o aumento da expectativa de vida da população, apontando a necessidade de estratégias de educação em saúde e novas maneiras de abordagem dos pacientes hipertensos e diabéticos, visando reduzir o impacto da morbidade e mortalidade relacionada à DRC e suas complicações (REMBOLD et al., 2009). Segundo Coutinho et al. (2010) há uma propensão ao aumento, contínuo e progressivo, de idosos com DRC, uma vez que a idade avançada é apontada como um dos fatores relacionados ao aumento de pacientes em hemodiálise. O processo de envelhecimento leva a diminuição da capacidade de manutenção da homeostase (SANTOS et al., 2015).

Em relação à escolaridade, ao tempo de instrução, renda individual e familiar, nosso estudo corrobora com uma pesquisa realizada na região Noroeste do estado do Rio Grande do

Sul, onde pacientes em hemodiálise apresentaram menor escolaridade, tempo de instrução, renda individual e familiar quando comparados com a população da região (ZAMBONATO et al., 2008).

A baixa escolaridade dos indivíduos com doença renal crônica pode estar relacionada com a menor compreensão das orientações fornecidas pela equipe de saúde, podendo repercutir na piora da percepção do estado de saúde desses pacientes (FRAZÃO et al., 2016). É muito importante a utilização de uma linguagem acessível ao nível de instrução do paciente durante a assistência à saúde, evitando terminologias técnicas (SANTOS et al., 2015) e observando o nível de compreensão obtido pelo paciente, além de identificar possíveis fatores que comprometam a adesão ao tratamento, pois percebe-se comportamentos de negligência em relação à saúde do mesmo (ingesta de líquidos e alimentação inadequada, comparecimento irregular às sessões de hemodiálise) (COSTA et al., 2009).

Estudos mostram que uma grande porcentagem dos doentes renais crônicos em hemodiálise se encontra inativa (aposentadoria ou licença-saúde) (FERREIRA; SILVA FILHO, 2011; GRASELLI et al., 2016), o que justifica porque o grupo de estudo tem menor renda individual e familiar em relação ao grupo normativo. Segundo Santos et al. (2015) a necessidade que esses pacientes tem de se ausentarem do trabalho para realizarem as sessões de hemodiálise configura-se em obstáculo para que se mantenham empregados e possam contribuir com a renda familiar.

A inviabilização para o trabalho, a perda da independência física e financeira bem como o aumento da necessidade assistencial contribuem para a exclusão social, o aparecimento de pensamentos de finitude e de morte, promovendo um declínio significativo no bem-estar destes pacientes (MACEDO; TEIXEIRA, 2016). O trabalho tem impacto significativo na vida das pessoas como a auto-realização profissional e a manutenção da ordem financeira da instituição familiar, principalmente para os adultos (SANTOS et al. 2015).

O desemprego entre doentes renais crônicos que fazem hemodiálise é um problema frequente, pois dificulta a aptidão desses pacientes ao trabalho (JANSEN et al., 2010). Além disso, o desemprego tem forte impacto no aspecto psicológico, principalmente de indivíduos do sexo masculino, pois a imagem de homem muitas vezes se relacionada ao trabalho que desempenham (COUTINHO et al., 2010).

No estudo de Zambonato, Thomé e Gonçalves (2008), 89,6% dos pacientes avaliados pertenciam às classes econômicas mais baixas e a redução na renda familiar esteve fortemente associada ao risco da DRC, ao baixo nível socioeconômico e à pior sobrevida. O

encaminhamento tardio ao nefrologista se relaciona com maior mortalidade. A associação entre o baixo nível socioeconômico e a DRC pode estar relacionada ao estilo de vida e à cultura, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e ao controle inadequado de doenças pré existentes como o diabetes mellitus e a hipertensão arterial (ZAMBONATO; THOMÉ; GONÇALVES, 2008).

No que diz respeito ao estado civil dos doentes renais crônicos em hemodiálise, nosso estudo divergiu de outros estudos (ZAMBONATO; THOMÉ; GONÇALVES, 2008; FERREIRA; SILVA FILHO, 2011; NUNES et. al., 2014; FRAZÃO et. al., 2016) nos quais houve prevalência de indivíduos com algum tipo de união conjugal. Conforme Ferreira e Silva Filho (2011), a rede de apoio familiar, de amigos e companheiro oferece um suporte emocional que afeta diretamente a saúde dos indivíduos, gerando melhores condições de saúde física e mental entre os renais crônicos. Este suporte social recebido pelo paciente em diálise é essencial para a sua adesão ao tratamento (adesão à dieta, à diálise e à medicação), pois o tratamento dialítico não se resume a uma máquina, são mudanças de hábitos e comportamentos que buscam melhorar a saúde como um todo, e envolve também as pessoas que dão assistência ao paciente (COSTA et. al., 2009).

No que diz respeito ao constructo autoestima, segundo Avanci et al. (2007) e Antunes, Mazo e Balbé (2011) a mesma pode ser definida como o juízo pessoal de apreciação, valorização, bem-estar e satisfação que o indivíduo tem de si mesmo, sendo um conhecimento subjetivo acessível às pessoas por relatos verbais e comportamentos observáveis. O comprometimento da autoestima pode modificar os valores, crenças e idéias dos pacientes, interferindo no tratamento e influenciando negativamente no estado de saúde ou qualidade de vida (FRAZÃO et al., 2016). A baixa autoestima se caracteriza pelo sentimento de incompetência, de inadequação à vida e incapacidade de superação de desafios. A autoestima elevada representa um sentimento de confiança e competência e a autoestima moderada oscila entre o sentimento de adequação ou inadequação, com inconsistência nos comportamentos (AVANCI et al., 2007).

Em nossas análises, percebemos que o grupo estudo possui significativamente maior autoestima em relação ao grupo normativo. Nosso estudo corrobora com um estudo realizado na Holanda, onde o nível de autoestima em DRC encontrava-se bastante elevado e que os homens obtiveram maior pontuação na autoestima em relação às mulheres (JANSEN et al. 2010). Apesar da diferença de gênero relacionada à autoestima ter sido bastante estudada nas últimas décadas não há muito consenso na literatura, no entanto há indícios de que as variáveis relacionadas a autoestima sejam divergente para homens e mulheres. Enquanto as

mulheres aparentam serem mais afetadas por relacionamentos e apresentam maior insatisfação com a imagem corporal do que os homens, esses são mais afetados por sucesso e realizações (HUTZ; ZANON, 2011).

O estudo de Jansen et al. (2010) mostra que os pacientes em tratamento dialítico têm consciência que a DRC têm consequências bastante sérias, e apesar dos sintomas apresentados e de estarem muito preocupados com sua doença eles sentem pouco impacto emocional da mesma. Os pacientes estudados acham que a DRC é altamente controlável com tratamento médico, mas não por autocuidado. Crenças mais fortes na gravidade da doença e que o tratamento interrompe a vida cotidiana foram associados a baixa autoestima. Em contrapartida crenças de que a doença e o tratamento não têm muito impacto na vida, menos preocupação com a doença e acreditar que tem controle pessoal sobre a mesma são fatores importantes para a autoestima desses indivíduos. Incentivar crenças positivas, detectar e modificar crenças negativas pode contribuir para uma melhor autoestima desses pacientes (JANSEN et al., 2010).

Orientar os pacientes com DRC para que combinem seu tratamento com atividades, incluindo trabalho remunerado, pode estimular a crenças positivas e prevenir ou desafiar aspectos negativos relativos à doença. Intervenções focadas nestes aspectos podem ajudar os pacientes a conformar-se com a doença, prevenir desmembramento desnecessário do trabalho remunerado e contribuir para maior noção de autonomia e autoestima (JANSEN et al. 2010; NUNES et al. 2014).

Outro estudo realizado por Chaves et al. (2015) que avaliou o bem-estar espiritual e a autoestima de pacientes com DRC em tratamento hemodialítico, apresentou média de autoestima elevada e bem estar espiritual moderado e estes dois constructos apresentaram correlação estatística. Nesse estudo, à medida que o indivíduo denotava maior importância à religiosidade/espiritualidade, maior foi o nível de autoestima e de bem-estar espiritual. Também houve correlação entre autoestima e escolaridade, quanto maior o nível de escolaridade maior foi a autoestima encontrada. Sendo assim, pressupõe-se que a espiritualidade é um recurso que pode ser considerado no enfrentamento da doença e seu tratamento.

Ao contrário do resultado encontrado em nosso estudo, e dos citados anteriormente, em que os pacientes avaliados apresentaram um nível mais elevado de autoestima, no estudo de NUNES et al. (2014), a maioria dos indivíduos em hemodiálise apresentaram baixa autoestima, assim como em um estudo realizado no Egito (BAYOUMI, 2012). Nesse estudo, foram verificadas as necessidades dos pacientes que fazem hemodiálise, segundo o conceito

de hierarquia de Maslow, sendo evidenciado que a maior necessidade a ser suprida nesses indivíduos foi a autoestima (BAYOUMI, 2012).

Estudo realizado por Frazão et al. (2014) que buscava identificar as alterações no autoconceito, seguindo o modelo teórico de Roy, em mulheres submetidas à hemodiálise, concluiu que as alterações identificadas nas mesmas foram baixa autoestima e disfunção sexual, sendo que os fatores contribuintes foram as modificações no cotidiano, ocasionadas pelas limitações impostas pelo tratamento da DRC. Outro estudo com mulheres com DRC em tratamento hemodialítico indicou que as mesmas podem ter sua autoestima, sua imagem corporal e seu estado nutricional e antropométrico modificados pela doença e pelo seu tratamento. Este estudo também verificou correlação positiva entre autoestima e imagem corporal, ou seja, quanto maior a autoestima maior foi a satisfação com a imagem corporal (GRASSELLI et al. 2016).

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas e clínicas de importância nas dimensões do constructo autoestima, verificamos que dentre as variáveis analisadas apenas o fato de fazer hemodiálise representou um aumento na autoestima dos participantes da pesquisa em relação a população normativa. Pressupomos que, o fato de fazer um tratamento que possibilita a manutenção da sua vida provocam, nesses pacientes, sentimentos de autocuidado e que a preocupação com a autoimagem, que segundo estudos pode estar relacionada a baixa autoestima (AFONSO; MACEIRAS, 2012; FRAZÃO et al. 2016; MACEDO; TEIXEIRA, 2016), não esteja significativamente presente nos indivíduos estudados, uma vez que, segundo Jansen et al. (2010) os pacientes nesta fase da doença estão cientes do fato de que estão gravemente doentes e, portanto, vários aspectos que antes da doença eram relevantes podem dar lugar à outros domínios da vida os quais passam a ser mais importante. Supomos também que os pacientes estudados acreditam que a doença e o tratamento não têm muito impacto em sua vida, o que é considerado por Jansen et al. (2010) fatores importantes para a autoestima desses indivíduos.

Em relação às modificações corporais relacionadas com a DRC e a hemodiálise, resultados encontrados no estudo de Frazão et al. (2016) indicaram que a maioria dos pacientes entrevistados perceberam modificações corporais, porém a maioria dos pacientes estava satisfeita com a aparência, bem como, não desejavam ser diferentes, pois consideram a importância do tratamento hemodialítico para os mesmos, demonstrando satisfação e gratidão, apesar das alterações corporais sofridas e as mudanças no cotidiano relacionadas ao tratamento (FRAZÃO et al.2016).

Estudo realizado na Grécia buscou investigar a associação entre a autoestima com o locus controle de saúde em pacientes em diálise (THEOFILOU, 2012). Nesse estudo foram evidenciadas fortes associações de autoestima com locus de controle de saúde. Foi verificado que o controle pessoal, sobre seu estado de saúde, faz com que o paciente avalie sua qualidade de vida mais favoravelmente e se sinta mais confiante. O locus de controle de saúde explica uma grande quantidade de variação na previsão do bem-estar psicológico e especificamente autoestima (THEOFILOU, 2012).

Referente às análises do estado de saúde dos pacientes do grupo de estudo, verificamos que o grupo de DRC em hemodiálise apresentou uma percepção do estado de saúde menor que o grupo normativo. Segundo o estudo de Wyld et al. (2012), sobre medidas de utility, verificou que o escore de saúde total de DRC é mais baixo que nas pessoas sem doença renal (WYLD et.al 2012). Esse achado também foi verificado no estudo de Yaghmaie et. al. (2008), de Zyoud et. al. (2016) e de Abdalla et.al. (2015).

Já em estudo realizado por Coutinho et al. (2011), 79% dos pacientes avaliaram sua saúde geral como “a melhor possível”. Apesar dos pacientes com doença renal que realizam tratamento dialítico apresentarem comprometimento em sua qualidade de vida, muitos deles encontram na terapêutica hemodialítica, uma forma de prolongar e aumentar sua sobrevida, fato que justifica os resultados encontrados (COUTINHO et al., 2011), diferindo de nossos achados.

A autopercepção do estado de saúde dos DRC submetidos à hemodiálise está comprometida em todos os seus aspectos, principalmente no que se refere à vitalidade, aos aspectos emocionais, atividades diárias e de trabalho, a sensação de desânimo e a falta de energia, os quais são sintomas freqüentes nesses pacientes (COUTINHO et al. 2011).

Segundo Santos et al. (2015), a DRC reduz o desempenho físico e profissional do paciente, levando a um impacto negativo sobre sua percepção da própria saúde e afetando os níveis de vitalidade, o que pode limitar as interações sociais e causar problemas relacionados à saúde mental (SANTOS et al. 2015). Para Yaghmaie et al. (2008), as atitudes dos pacientes em relação a si mesmos, podem afetar sua imagem de saúde e uma vida produtiva. Em outras palavras, além dos transtornos físicos decorrentes da DRC e hemodiálise, o quadro psicológico e a condição social dos pacientes influenciam a motivação e a esperança de vida (YAGHMAIE et al., 2008).

Ao avaliarmos as variáveis que interferem no estado de saúde entre o grupo estudo e o grupo normativo, percebemos que das variáveis analisadas, apenas “fazer hemodiálise” relacionou com pior estado de saúde em comparação aos indivíduos sem doenças crônicas. A

DRC e o tratamento dialítico (apesar de manter a vida) causam restrições e prejuízos no estado de saúde dos pacientes, interferindo no seu bem estar físico psicológico e social (SIQUEIRA; XIMENES, 2014).

A DRC e todo o estresse gerado pelo tratamento levam os pacientes a desencadearem diferentes sentimentos, tais como medo, insegurança, ansiedade, depressão, baixa autoestima e sensação de inutilidade, pois são afastados de suas relações e atividades cotidianas, se abstêm de uma vida ativa e funcional, ficam ociosos, com toda a atenção voltada para doença (MACEDO; TEIXEIRA, 2016). Na maioria das vezes, a rotina do indivíduos com doença renal crônica se restringe a consultas, sessões de hemodiálise, dietas e execução de atividades pouco significativas. O paciente renal crônico percebe a hemodiálise como uma situação que lhe tira vigor e a liberdade, gerando mudanças de comportamentos e hábitos, o que, conseqüentemente, ocasiona transtornos e queda na qualidade de vida (MACEDO; TEIXEIRA, 2016). Segundo Costa et al. (2009) a hemodiálise exige adaptações a novos hábitos e comportamentos. As atividades dos pacientes são limitadas após o início do tratamento, que esta relacionado a um dia-a-dia monótono e restrito, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional (SANTOS et al., 2015) assim, as atividades sociais e outras ocupações referentes ao viver são dispensadas, pois se prioriza a satisfação de outras necessidades essenciais à sobrevivência (COSTA et al. 2009)

Levando em consideração apenas os indivíduos do grupo estudo, as análises evidenciaram que as variáveis que impactaram positivamente a percepção do estado de saúde foram ser do sexo feminino e o tempo de sessão. Das variáveis analisadas, apenas o número de comorbidades relacionou com pior percepção do estado de saúde.

Em relação a variável sexo, nosso estudo diverge de outros estudos (ZYOUND et al., 2016; ALVARES et al., 2013). Nesses estudos, verificou-se que o sexo masculino esteve relacionado com um maior autopercepção do estado de saúde, em relação ao sexo feminino. Entretanto, no estudo de Yaghmaie et al. (2008) não foi encontrado relação significativa entre estado de saúde e sexo. O nosso resultado pode ser explicado pelo fato das mulheres procurarem mais os serviços de saúde que os homens e também por exporem e falarem mais seus sobre seus sentimentos, medos e anseios, o que contribui para melhor estado emocional. Além disso, as mulheres cuidam e se preocupam mais com o próprio corpo e com sua autoimagem em relação aos homens.

Quanto a variável tempo de sessão, o nosso estudo divergiu de outros estudos (YAGHMAIE et al. 2008; ALVARES et al.2013), os quais não verificaram correlação significativa entre a duração da terapia e a percepção do estado de saúde. Quanto ao nosso

estudo, foi encontrada uma discreta relação entre maior tempo de sessão com melhor autopercepção do estado de saúde. Acreditamos que isso se justifique pelo fato de indivíduos que realizam sessões de hemodiálise em maior tempo apresentem diminuição significativa das escórias e uma redução dos sintomas de uremia, propiciando uma melhora no bem estar físico desses pacientes (MATOS; LUGON, 2010). Isso continua sendo uma lacuna que precisa ser esclarecida em futuros estudos.

Em relação à variável comorbidades, nossos resultados corroboram com o estudo de ZYOUNG et al. (2016), o qual verificou uma associação negativa entre a presença de comorbidades e o Estado de Saúde. Da mesma forma, o estudo de ALVARES et al. (2013) verificou que os pacientes que possuem menores índices de comorbidades apresentavam melhor estado de saúde. Doenças crônicas foram fortemente associadas com redução de Qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica (ZYOUNG et al. 2016). Siqueira e Ximenes (2014) referem que a queda da qualidade de vida está relacionada à presença de comorbidades.

Contrariamente à nossa hipótese, nosso estudo não verificou correlação significativa entre os constructos autoestima e estado de saúde, o que pode ser justificado pelo fato de que das variáveis analisada no estudo, apenas “fazer hemodiálise” esteve relacionada à maior autoestima desses indivíduos e a mesma variável também ser a única associada ao pior estado de saúde desses pacientes.

Por outro lado, houve correlação moderada e significativa inversamente proporcional entre os dois constructos, no grupo normativo ($r_s = -0,373$; $p = 0,002$). Ou seja, quanto maior a autoestima pior o estado de saúde desses indivíduos. Podemos supor que isso esteja relacionado ao fato de que ambos os construtos dependem de conceitos subjetivos e multifatoriais, necessitando da avaliação individual das pessoas levando em conta seus valores, cultura e conhecimento, assim os indivíduos podem ter considerado saúde apenas como ausência de doença.

Apesar desse estudo ter atingido os objetivos propostos, reconhecemos a existência de algumas limitações (tamanho da amostra pequena, falta de intervenção clínica para mensurar os efeitos das intervenções e a necessidade de avaliação clínica mais objetiva, baseando-se em variáveis clínicas e resultados de exames propedêuticos ou laboratoriais específicos).

Por outro lado, essas limitações podem ser superadas com a realização de novos estudos, preferencialmente longitudinais, baseando-se na aplicação de intervenções em saúde específicas para essas condições de saúde. Mesmo assim, constatamos que nossos resultados

são bastante importantes, pois agregam novos indícios na literatura, que até então tem sido pouco abordado na comunidade científica.

Os resultados encontrados são evidências para que os profissionais de saúde englobem a avaliação desses constructos subjetivos na avaliação clínica dos pacientes com DRC e que busquem estratégias para melhorar a autoestima desses pacientes e a autopercepção do seu estado de saúde. Todas essas estratégias visam ganhos na saúde desse indivíduo, baseados no seu autocuidado, na maior disposição e na aptidão do indivíduo na autogestão de sua condição crônica, a fim de obterem melhores resultados em saúde.

6 CONCLUSÃO

A DRC e o tratamento dialítico provocam na vida do indivíduo muitas mudanças e restrições que afetam o seu bem estar físico psíquico e social. E esses impactos repercutem de formas variadas, tanto na percepção da autoestima, como do estado de saúde. Nesse contexto, nesse estudo podemos concluir que:

- A autoestima de pacientes com doença renal crônica (DRC), e que fazem hemodiálise, foi mais elevada que a do grupo normativo. No entanto, a percepção do estado de saúde do grupo de estudo foi pior que a do grupo normativo.
- Na avaliação da influência das variáveis clínicas e sócio-demográficas sobre a autoestima e estado de saúde, de forma comparativa entre os pacientes do grupo de estudo e normativo, verificamos que o fato dos pacientes com DRC “fazerem hemodiálise” foi um importante fator que interferiu negativamente no estado de saúde desses pacientes. Por outro lado, essa mesma variável apresentou um pequeno impacto positivo sobre a autoestima dos pacientes com DRC em relação ao grupo normativo.
- Em relação ao estado de saúde, ser do “sexo feminino” e “tempo maior das sessões” de hemodiálise interferiu positivamente na percepção do Estado de Saúde desses indivíduos, ao passo que “ter um número maior de comorbidades”, teve uma interferência negativa sobre esse constructo.
- Na avaliação da influência das variáveis clínicas e sócio-demográfica sobre a autoestima, especificamente, no grupo de pacientes do grupo de estudo, verificamos que nenhuma variável avaliada mostrou impacto sobre esse constructo.
- Não encontramos correlação significativa entre os constructos autoestima e estado de saúde no grupo de estudo. Por outro lado, houve correlação negativa e moderada, mas significativa entre esses dois constructos no grupo normativo.
- O enfermeiro tem que levar em consideração estas particularidades que podem representar maior vulnerabilidade do paciente à um pior estado de saúde, para prestar uma assistência mais individualizada e uma atenção integral, que atenda aos necessidades reais do paciente, contribuindo para uma melhor percepção da autoestima e do estado de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, S. et al. Quality of life assessment: A comparative study between hemodialysis and peritoneal dialysis, **Saudi Journal for Health Sciences**, v. 4, n. 1, p. 28, 2015.
- AFONSO, A.; MACEIRAS, M. J. Sexualidade e pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. In: CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, **Anais...** Lisboa: [Placebo], 2012. p. 8-13.
- ALVARES, J. et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, n. 7, p.1903-1910, 2013.
- ANTUNES, G; MAZO, G. Z.; BALBÉ, G. P. Relação da autoestima entre a percepção de saúde e aspectos sociodemográficos de idosos praticantes de exercício físico, **Revista da Educação Física**, v. 22, n. 4, p. 583-589, 2011.
- AVANCI, J. Q. et al. Adaptação transcultural de escala de autoestima para adolescentes, **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 20, n. 3, p. 397-405, 2007.
- BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável, **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise, **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.
- BAYOUMI, M. Identification of the needs of hemodialysis patients using the concept of Maslow's hierarchy of needs, **Journal of Renal Care**, v. 38, n. 1, p. 43-49, 2012.
- CASTRO, M. et al. Prevalência de ansiedade, depressão e características clínico epidemiológicas em pacientes com dor crônica, **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 30 n. 2, p. 211-223, 2006.
- CHAVES, E. de C. L. et. al. Associação entre Bem-Estar Espiritual e Autoestima em Pessoas com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise, **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 28, n. 4, p. 737-743,2015.
- COSTA, F. A. P. et al. Cotidiano de portadores de doença renal crônica - percepções sobre a doença. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 19, n. 4, p. 12-17, 2009.
- COUTINHO, N. P. S. et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise, **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 11, n. 1, p. 13-17, 2010.
- DINI, G.M. **Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg** [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.

DYNIWICZ, A. M.; ZANELLA, E.; KOBUS, L. S. G.; Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa, **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 200-212, 2006.

EUROQOL GROUP, EQ-5D: a standardised instrument for use a measure of health outcome EQ-5D translations. 2010. Disponível em: <http://www.euroqol.org/eq-5dproducts.html> acesso em: 10 julho 2018.

FERREIRA, R. C.; SILVA FILHO, C. R. da. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 33, n. 2, p.129-135, 2011.

FRAZÃO, C. M. F. de Q. et al. Alterações no modo autoconceito de mulheres submetidas à hemodiálise: um estudo descritivo, **Jornal Brasileiro de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 219-226, 2014.

FRAZÃO, C. M. F. de Q. et al. Modificações corporais vivenciadas por pacientes com doença renal crônica em hemodiálise, **Revista Enfermería Global**, v. 15, n. 3, p. 289-298, 2016.

FREIRE, E. A. M.; SOUTO, L. M.; CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação em lúpus eritematoso sistêmico. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, n. 1, p. 70-80, 2011.

GRANT, E. et al. Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study, **Palliative and Supportive Care**, v. 2, n. 04, p. 371-378, 2004.

GRASSELLI, C. S. M. et al. Autoestima, imagem corporal e estado nutricional antropométrico de mulheres com insuficiência renal crônica em hemodiálise, **Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, v. 36, n. 4, p. 41-47, 2016.

HIGA, K. et al. Quality of life of patients with chronic renal insufficiency undergoing dialysis treatment. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. SPE, p. 203-206, 2008.

HUTZ, C. S; ZANON, C. Revisão de adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg, **Avaliação Psicológica**, v. 10, n. 1, p. 41-49, 2011.

JANSEN, D. L. et al. Pre-dialysis patients' perceived autonomy, self-esteem and labor participation: associations with illness perceptions and treatment perceptions. A cross-sectional study, **BMC Nephrology**, v. 11, n. 1, p.11-35, 2010.

JANSEN, D.L. et al. Perceived autonomy and self-esteem in Dutch dialysis patients: The importance of illness and treatment perceptions, **Psychology & Health**, v. 25, n. 6, p. 733-749, July 2010.

JUTH, V.; SMYTH, J. M.; SANTUZZI, A. M. How do you feel?: Self-esteem predicts affect, stress, social interaction, and symptom severity during daily life in patients with chronic illness, **Journal of Health Psychology**, v. 13, n. 7, p. 884-894, 2008.

MACEDO, L. de O. S.; TEIXEIRA, M. das G. F. D. Alterações vivenciadas na doença renal crônica: impacto na percepção da autoimagem e sexualidade. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 9, n. 5, sem paginação, 2016.

MATOS, É. F.; LOPES, A. Modalidades de hemodiálise ambulatorial: breve revisão, **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 569-571, 2009.

MATOS, J. P. S.; LUGON, J. R.; Alternative hemodialysis regimens, **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 32, n. 1, p. 114-119, 2010.

MARTINEZ, J.M.; GRASSI, D.C; MARQUES, L.G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência, **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.51, n.4, p.299-308, 2011.

NUNES, F.A. et al. Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico, **Revista do Médico Residente**, v. 16, n. 1, sem paginação, 2014.

OLIVEIRA, T.F.M. et al. Perfil sociodemográfico, eventos de vida e características afetivas de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento por hemodiálise e diálise peritoneal: Um estudo crítico, **Psicólogo Informação**, v. 12, n. 12, p. 01-24, 2008.

PFEIFFER, Eric. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients, **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 23, n. 10, p. 433-441, 1975

PINTO, E, B. et al. Validation of the Euro Qol quality of life questionnaire on stroke victims, **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 69, n. 2-B, p. 320-323, 2011.

REMBOLD, S. M. et al. Perfil do doente renal crônico no ambulatório multidisciplinar de um hospital universitário, **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 501-504, 2009.

RIBEIRO, C. D. S. et al. Percepção do portador de doença renal crônica sobre o tratamento hemodialítico, **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 3, p. 36-44, 2013.

RODRIGUES, D. F. et al. Vivências dos homens submetidos à hemodiálise acerca de sua sexualidade, **Avances em Enfermería**, v. 29, n. 2, p. 255-62, 2011.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press, 1965. Disponível em: http://www.fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self_Measures_for_Self-Esteem_ROSENBERG_SELF-ESTEEM.pdf .

ROMÃO JÚNIOR, J. E. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 3, sem paginação, 2004.

SALOMÃO, A. et. al. Projeto piloto de hemodiálise curta diária: melhora da qualidade de vida de renais crônicos, **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 24, n. 4, sem paginação, 2002.

SANTOS, R. L. G. et al. Avaliação do conhecimento do paciente renal crônico em tratamento conservador sobre modalidades dialíticas, **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 9, n. 2, p. 651-660, 2015.

SESSO, R.C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016, **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.39, n.3, p.261-266, 2017.

SILVA, Alessandra Silva et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 839-844, 2011.

SIQUEIRA, R.B. de S. de; XIMENES, L. F. A qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica Em tratamento dialítico: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 3, n. 1, sem paginação, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA et al. Censo de diálise SBN 2016. Disponível em: < <http://www.censo-sbn.org.br/inicio> Acesso em 24 de julho 2018.

THEOFILOU, P. Self-esteem in Greek Dialysis Patients The Contribution of Health Locus of Control, **Iranian Journal of Kidney Diseases**, v. 6, n. 2, without pagination, March 2012.

ZYOD, S.H. Factors affecting quality of life in patients on haemodialysis: a cross-sectional study from Palestine, **BMC Nephrology**, v. 17, without pagination, 2016.

WYLD, M. et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Utility-Based Quality of Life in Chronic Kidney Disease Treatments, **Plos Medicine**, v. 9, n.9, without pagination, 2012.

YAGHMAIE, F. et al. Correlation between selfconcept and health status aspects in haemodialysis patients at selected hospitals affiliated to Shaheed Beheshti University of Medical Sciences. **Journal of Research in Nursing**, v. 13, n. 3, p. 198–205, 2008.

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, **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 30, n. 3, p.192-199, 2008.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Nadaby Maria de Jesus, Gracielly Ferreira de Souza, Eliziane Santos Medeiros e Rafaela Pires Rodrigues dos Santos** acadêmicas do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, gostaríamos de convidar o (a) senhor (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa com o título “**Associação entre medidas de constructos subjetivos na autogestão em saúde de pacientes com doença renal crônica**”, sob a responsabilidade e orientação da **Prof^ª Dra Cristiane Martins Cunha**.

Nesta pesquisa queremos conhecer como está sua autoestima, sua autoeficácia, a intensidade de sinais e sintomas de ansiedade e depressão e sua qualidade de vida. Além disso, queremos avaliar como e quais fatores influenciam no autocuidado ou autogestão de sua saúde.

Caso aceite participar do nosso estudo, iremos aplicar, por entrevista, uma sequência de questionários avaliativos. Salientamos também, que poderemos consultar o seu prontuário, para levantar algumas informações, caso o (a) senhor (a) não souber nos informar. Mas antes de tudo, precisamos da sua assinatura, nesse termo de consentimento Livre e Esclarecido, para formalizar o seu consentimento. Uma cópia deste Termo de Consentimento ficará com você e outra, com o responsável pela pesquisa. Em qualquer fase da pesquisa você poderá entrar em contato com os responsáveis pelo estudo que esclarecerão quaisquer dúvidas existentes.

Somente após seu consentimento que iniciaremos a entrevista e, se for necessário, consultaremos o seu prontuário clínico para buscar informações faltantes sobre a sua saúde. Toda a entrevista terá duração em torno de 30 a 35 minutos.

Os riscos esperados pela sua participação nesta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados com a possibilidade do (a) senhor (a) sentir-se ansioso ou desconfortável com o tempo de entrevista ou por alguma pergunta de cunho pessoal, contidas nos questionários. A identificação do participante a pesquisa é outro risco que você estará sujeito, porém ele é remoto. Logo no momento da coleta das informações nos questionários, você receberá um código de identificação, o qual somente os responsáveis pela pesquisa terão acesso. Esta medida essencial a minimização do risco de identificação. Além disso, os dados provenientes desta pesquisa serão agrupados e, só assim, serão apresentados os resultados desta pesquisa em eventos e periódicos científicos. Garantimos a sua total privacidade e manteremos sigilo sobre as informações aqui fornecidas. Além disso, o (a) senhor (a) terá total liberdade para aceitar ou não participar desta pesquisa e de deixar de participar a qualquer momento sem precisar se justificar, retirando seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem ser prejudicado (a) no seu atendimento.

Os resultados do estudo serão utilizados para fins científicos e serão divulgados em eventos, revistas e meios de comunicação, no entanto, o (a) senhor (a) terá a segurança de não ser identificado (a) em nenhum momento e de que será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à sua privacidade.

Comprometemo-nos a prestar-lhe informação atualizada durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade de continuar participando da pesquisa. Se o (a) senhor (a) se sentir prejudicado por ter participado desta pesquisa, o (a) senhor (a) poderá buscar indenização de acordo com as leis vigentes no Brasil.

Em caso de dúvidas éticas, o (a) senhor (a) pode procurar o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP)** pelo telefone (34) 3239-4131, de segunda à quinta-feira das 14h30 as 17h30 ou pelo email cep@propp.ufu.br, o qual se localiza na Av. João Naves de Ávila 2121-

Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica, em Uberlândia-MG. O **CEP** é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, caso tenha qualquer dúvida sobre o estudo, o (a) senhor (a) poderá também entrar em contato com as pesquisadoras do estudo: Nadaby Maria de Jesus, Gracielly Ferreira de Souza, Eliziane Santos Medeiros e Rafaela Pires Rodrigues dos Santos (pelo telefone: (34) 3225-8603) e sua orientadora, a Prof.Dra Cristiane Martins Cunha, a qual pode ser encontrada na Av. Pará, 1720 –Bloco 2U –, Bairro Umuarama, CEP: 38400-902, Uberlândia-MG.

Uberlândia, ____ / ____ / 2018.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Prof^ªDra Cristiane Martins Cunha

Participante da pesquisa

APÊNDICE 2- QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

a) **Data da entrevista:**...../...../.....

b) **Horário de Início:****Término:**.....**Duração:**..... (Minutos)

c) **Sexo:** 1- () feminino 2- () masculino

d) **Idade:** anos

e) **Município (Procedência):**

f) **Estado civil:**

1- () solteiro

3- () separado / divorciado

2- () casado / união estável

4- () viúvo

g) **Escolaridade:**

1- () escola primária

5- () médio completo

2- () fundamental incompleto

6- () superior incompleto

3- () fundamental completo

7- () superior completo

4- () médio incompleto

8- () pós graduação

h) **Tempo total que frequentou o ensino formal:**.....anos

i) **Renda individual:**.....

j) **Renda familiar bruta:**.....**Salários mínimos:**

1- () 0a1 2- () > 1 a2 3- () 3 a 4 4- () > 4 a 5 5- () > 5 a 10 6- () mais que 10 salários

k) **Descrever número de pessoas com quem reside em sua casa**.....

l) **A renda total engloba todos os moradores?**

m) **Profissão:**..... Ativo() inativo ()

APÊNDICE 3- QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

- A) Ambulatório de origem (onde foi coletado):** 1- () UFU 2- () Clinica DaVita
- B) Tempo de duração das sessões:**.....
- C) Frequência da Terapia Renal Substitutiva:**.....
- D) Tipo de Terapia Renal Substitutiva:** 1-()HD
- E) Tempo em que faz a Terapia Renal Substitutiva:**.....
- F) Causas da DRC:**.....
- G) Data do diagnóstico:**.....**Tempo de diagnóstico:**
- H) Já apresentou algum tipo de complicação ou hospitalização decorrente da DRC?**
 1-() sim 2- () não quantas vezes?.....
 Quais:.....
- I) Possui diagnóstico médico confirmado de outras doenças crônicas (comorbidades)?**
 1-() sim 2- () não Se sim, Quais?.....
- J) Você fuma?**
 1- () sim Se sim, quanto tempo?
- 2- () não Não, mas fumei anos. Parei anos
- K) Pratica Atividade Física regular?**
 1- () sim 2- () não
 Se sim, quantas vezes por semana?

ANEXO 1 – AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DISCRIMINATÓRIA E DE ORIENTAÇÃO PSÍQUICA E MENTAL

Preencher com um “X” a resposta do participante. Com três respostas corretas, o mesmo está apto a participar do estudo.

Perguntas	Resposta	
	Correta	Errada
(a) <i>Qual seu nome completo?</i>		
(b) Qual sua data de nascimento?		
(c) Em que dia da semana estamos?		
(d) Qual o nome do local onde estamos nesse momento?		

Apto para participar do estudo? () sim () não

ANEXO 2 - ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Para cada item abaixo, indicar apenas uma alternativa, fazendo um “X” na categoria apropriada. De acordo como você se sente indique a melhor alternativa.

a) Concordo plenamente	b) Concordo	c) Discordo	d) Discordo plenamente
1	2	3	4

1. De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo (a).

1	2	3	4
---	---	---	---

2. Às vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros)

1	2	3	4
---	---	---	---

3. Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.

1	2	3	4
---	---	---	---

4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas)

1	2	3	4
---	---	---	---

5. Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

1	2	3	4
---	---	---	---

6. Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer coisas)

1	2	3	4
---	---	---	---

7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (no mesmo nível) às outras pessoas.

1	2	3	4
---	---	---	---

8. Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a). (Dar me mais valor)

1	2	3	4
---	---	---	---

9. Quase sempre estou inclinado (a) a achar que sou um fracassado (a)

1	2	3	4
---	---	---	---

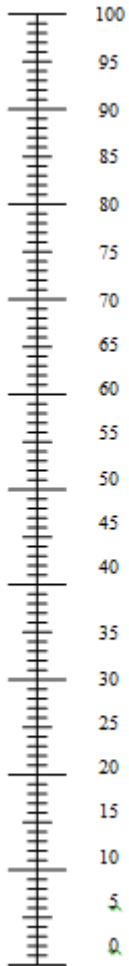
10. Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo (a)

1	2	3	4
---	---	---	---

Observação: Os itens 2, 5, 6, 8 e 9 devem ser invertidos para calcular a Soma dos pontos

ANEXO 3 - “ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO ESTADO DE SAÚDE DO EUROQOL: EQ-EVA”

A melhor saúde que
você possa imaginar



A pior saúde que você
possa imaginar

Nós gostaríamos de saber o quão boa ou ruim a sua
saúde está HOJE.

- Esta escala é numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que você possa imaginar. 0 significa a pior saúde que você possa imaginar.

A SUA SAÚDE HOJE =