



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RAYANE ALVES MOREIRA

O SENTIMENTO DE ESPERANÇA NO TRATAMENTO DIALÍTICO

BRASÍLIA
2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RAYANE ALVES MOREIRA

O SENTIMENTO DE ESPERANÇA NO TRATAMENTO DIALÍTICO

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Saúde, Espiritualidade e Tanatologia.

Orientadora: Profa. Dra. Moema da Silva Borges.

BRASÍLIA
2019

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A M838s Alves Moreira , Rayane
O sentimento de esperança no tratamento dialítico /
Rayane Alves Moreira ; orientador Moema da Silva Borges.
- Brasília, 2019.
110 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) --
Universidade de Brasília, 2019.

1. Esperança . 2. Insuficiência renal crônica . 3.
Espiritualidade . 4. Enfermagem. 5. Dialise renal . I. da
Silva Borges, Moema , orient. II. Título.

RAYANE ALVES MOREIRA

O SENTIMENTO DE ESPERANÇA NO TRATAMENTO DIALÍTICO

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovada em 31 de julho de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Moema da Silva Borges (Universidade de Brasília)

Presidente da banca

Profa. Dra. Thatianny Tanferi de Brito Paranaguá (Universidade de Brasília)

Membro efetivo/Interno ao Programa

Profa. Dra. Maria Aparecida Gussi (Universidade de Brasília)

Membro efetivo/Externo ao Programa

Profa. Dra. Keila Cristianne Trindade da Cruz (Universidade de Brasília)

Membro suplente

Dedico este trabalho às pessoas que precisam dialisar e manter a esperança de viver. Dedico-o, também, aos profissionais de saúde que exercem seu papel com amor, empatia e compaixão pelo ser humano.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por me capacitar a chegar até aqui, dando-me força, sabedoria, inteligência e proteção. Sou grata a Ele também pela oportunidade da experiência de ter conhecido a história de todos(as) os(as) pacientes com os(as) quais conversei.

Aos meus pais, Gilsy e Gilberto, que sempre me estimularam a estudar e a ser uma pessoa melhor. Obrigada por todo amor, atenção, compreensão e cuidado. Só cheguei até aqui porque sempre tive pais maravilhosos como vocês. Essa conquista é nossa, meus amores!

Aos meus irmãos, Tiago e Vitor, pela compreensão e paciência.

À Profa. Dra. Moema da Silva Borges, minha orientadora, por acreditar em mim, pela paciência, apoio e por toda a contribuição nesta pesquisa. Gratidão, também, por ter me acolhido antes mesmo de iniciar minha jornada na Universidade de Brasília (UnB).

Aos meus amigos e às minhas amigas, obrigada pela paciência e por permanecerem ao meu lado.

Aos amigos e às amigas que fiz na UnB durante o mestrado, agradeço pela ajuda, incentivo, apoio moral e intelectual.

Aos meus colegas de trabalho, enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Regional de Taguatinga (HRT), por toda compreensão, paciência e ajuda.

Aos funcionários da unidade de nefrologia do HRT, que foram essenciais para o sucesso da coleta de dados, ajudando-me de maneira surpreendente. Vocês têm toda a minha gratidão!

A todos os professores e professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UnB que contribuíram, de maneira direta ou indireta, para que eu chegasse até aqui.

A todos aqueles e aquelas que torceram por mim, muito obrigada!

A coisa mais importante na vida, quando não temos nenhuma outra coisa, é a esperança, mas tem que ser a esperança do verbo 'esperançar', que significa ir atrás, buscar e não desistir, e não a esperança do verbo 'esperar', essa não é esperança, e sim espera

Mário Sergio Cortella

RESUMO

MOREIRA, Rayane Alves. **O sentimento de esperança no tratamento dialítico**. 2019. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

INTRODUÇÃO: a esperança é a manifestação de uma expectativa otimista frente àquilo que se almeja. Relaciona-se a um conceito multidimensional, universal e dinâmico, sendo descrita como um processo cognitivo pelo qual as pessoas buscam ativamente pelos seus objetivos, em um esforço para mover-se da situação atual, em direção a uma nova condição mais favorável no futuro. No contexto da doença renal crônica (DRC), é a esperança na recuperação da saúde que leva um paciente a percorrer longas distâncias em busca de tratamento, a submeter-se a incansáveis procedimentos invasivos e dolorosos, a mudar seu estilo de vida e rotina e a permanecer, ainda que debilitado, em tratamento. **OBJETIVO:** analisar a influência do sentimento de esperança no âmbito do tratamento de pacientes renais crônicos dialíticos. **MÉTODO:** trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, baseada na abordagem quanti-qualitativa. O estudo foi realizado em um hospital público do Distrito Federal (DF), tendo como participantes os pacientes que realizam tratamento dialítico na unidade de nefrologia e os enfermeiros que ali trabalham. Na coleta de dados dos pacientes, foram utilizados dois instrumentos: questionário para caracterização da população e Escala de Esperança de Herth (EEH). Para a coleta de dados dos enfermeiros, foram utilizados também dois instrumentos: questionário para caracterização do perfil dos participantes e roteiro de entrevista semiestruturada, elaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. A coleta de dados aconteceu entre setembro e dezembro de 2018. Os dados da EEH foram formatados no programa Excel e transportados para o *software* “R Project for Statistical Computing”, para análise estatística. O corpus das entrevistas dos enfermeiros foi submetido à análise de conteúdo com auxílio do *software* ALCESTE. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** participaram do estudo 122 pacientes e 9 enfermeiros. O perfil identificado dos pacientes é corroborado por outros estudos realizados com a população em foco. O escore médio de esperança obtido foi de 39,79 ($\pm 5,3$), considerado um alto nível de esperança. Do conteúdo das entrevistas dos enfermeiros, emergiram dois eixos. O primeiro eixo, “Manutenção da esperança”, foi formado por três categorias nomeadas de “Dialisando e vivendo”, “Olhares, saberes e vínculos para seguir vivendo” e “A percepção acerca da esperança”. Nesse eixo, foi possível apreender as diversas estratégias utilizadas para o resgate (ou estímulo) do sentimento de esperança e para a necessidade de continuidade da vida, mesmo diante das adversidades. O segundo eixo, “Adesão”, foi composto por uma categoria chamada de “Adesão ao tratamento”, que se refere aos aspectos que facilitam e/ou dificultam a concordância dos pacientes em relação ao tratamento da doença. O perfil de menor adesão é o de jovens, atribuído ao perfil de personalidade próprio da idade. **CONCLUSÃO:** o estudo possibilitou constatar que a população estudada possui um alto nível de esperança. Quando comparado esse nível de esperança entre os pacientes em hemodiálise e os pacientes em diálise peritoneal, não houve relevância estatística, mesmo diante das diferenças de rotina. Os jovens têm mais dificuldade de adesão ao tratamento, se comparados aos idosos. A percepção dos enfermeiros sobre a importância da esperança no âmbito do tratamento da doença renal crônica dialítica demonstrou o reconhecimento da relevância desse sentimento para o bem-estar, um bom prognóstico e uma boa qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chaves: Esperança; Insuficiência renal crônica; Enfermagem; Espiritualidade; Diálise renal; Perfil.

ABSTRACT

MOREIRA, Rayane Alves. **The feeling of hope in dialysis treatment**. 2019. 110 f. Thesis (Master's Degree) – Nursing Department, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2019.

INTRODUCTION: hope is the manifestation of an optimistic expectation of what is desired. It is related to a multidimensional, universal and dynamic concept described as a cognitive process by which people actively seek for their goals to move from the current situation towards a new, more favorable condition in the future. In the context of chronic kidney disease (CKD), is the hope in the recovery of health that leads the patient to travel long distances in search of the arduous treatment, to undergo the tireless invasive procedures, to change their lifestyle, their routine and to remain, although weakened, in treatment. **OBJECTIVE:** to analyze the influence of the feeling of hope in the treatment of dialytic chronic renal patients. **METHOD:** this is an exploratory, descriptive research, based on the quantitative-qualitative approach. The study was carried out in a public hospital of the Federal District (DF), with participants as patients who undergo dialysis in the nephrology unit and the nurses who work there. For the data collection of the patients, a questionnaire was used to characterize the sample and the Herth Hope Index. And for the nurses, a questionnaire to characterize the sample and a semi-structured interview script, elaborated according to the research objectives. The collection was done between september and december 2018. The data of the hope index were formatted in the Excel program and transported to the software “R Project for Statistical Computing”. The corpus of nurses’ interviews was submitted to content analysis using the ALCESTE software. **RESULTS AND DISCUSSION:** 122 patients and 9 nurses participated in the study. The identified profile of the patients is corroborated by studies with the population in focus. The mean score obtained was 39.79 (± 5.3), that is a high level of hope. From the content of the nurses’ interviews, emerged two axes. The first axis, “Maintenance of hope”, was formed by three categories, named “Dialysis and living”, “Looks, knowledge and ties to continue living” and the “Perception about hope”. In this axis it was possible to apprehend the various strategies used for the rescue or stimulation of the feeling of hope, the need for the continuity of life, even in the face of adversity. The second axis, “Adherence”, was composed of a category called “Adherence to treatment”, that refers to aspects that facilitate and those that make it difficult for patients to agree to the treatment of the disease. The profile of lower adhesion is of young people due to degree of immaturity. **CONCLUSION:** the study showed that the population studied has a high level of hope. When this level of hope was compared between hemodialysis patients and peritoneal dialysis patients, there was no statistical significance, even in the face of routine differences. Young people have more difficulty in adhering to treatment compared to the elderly. Nurses' perception of the importance of hope in the treatment of dialytic chronic kidney disease demonstrated the recognition of the relevance of this feeling for well-being, a good prognosis and a good quality of life for patients.

Keywords: Hope; Chronic renal insufficiency; Nursing; Spirituality; Renal dialysis; Profile.

RESUMEN

MOREIRA, Rayane Alves. **El sentimiento de esperanza en el tratamiento de diálisis**. 2019. 110 f. Disertación (Maestría) – Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2019.

INTRODUCCIÓN: la esperanza es la manifestación de una expectativa optimista de lo que se desea. Se relaciona con un concepto multidimensional, universal y dinámico, descrita como un proceso cognitivo mediante el cual las personas buscan activamente sus objetivos en un esfuerzo por pasar de la situación actual hacia una condición nueva y más favorable en el futuro. En el contexto de la enfermedad renal crónica (ERC), es la esperanza en la recuperación de la salud lo que lleva al paciente a viajar largas distancias en busca de un tratamiento duro, someterse a procedimientos invasivos implacables, cambiando su estilo de vida, su rutina y permanecer, aunque debilitado, en tratamiento. **OBJETIVO:** analizar la influencia del sentimiento de esperanza en el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal crónica dialítica. **MÉTODO:** esta es una investigación exploratoria, descriptiva, basada en el enfoque cuantitativo-cualitativo. El estudio se llevó a cabo en un hospital público del Distrito Federal (DF), con participantes como pacientes que se someten a diálisis en la unidad de nefrología y las enfermeras que trabajan allí. Para la recolección de datos de los pacientes, se utilizó un cuestionario para caracterizar la muestra y la Escala de Esperanza de Herth (EEH). Y para las enfermeras, un cuestionario para caracterizar la muestra y un guión de entrevista semiestructurado, elaborado según los objetivos de la investigación. La recopilación se realizó entre septiembre y diciembre de 2018. Los datos de la escala de esperanza se formatearon en el programa Excel y se transportaron al software “R Project for Statistical Computing”. El corpus de las entrevistas fue sometido al análisis de contenido con ayuda del software ALCESTE. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** 122 pacientes y 9 enfermeras participaron en el estudio. El perfil identificado de los pacientes está corroborado por estudios con la población enfocada. El puntaje promedio obtenido fue de 39.79 (± 5.3), es decir, un alto nivel de esperanza. Del contenido de las entrevistas a las enfermeras, surgieron dos ejes. El primer eje, “Mantenimiento de la esperanza”, estaba formado por tres categorías denominadas “Diálisis y vida”, “Apariencia, conocimiento y vínculos para seguir viviendo” y “La percepción sobre la esperanza”. En este eje fue posible comprender las diversas estrategias utilizadas para rescatar o estimular el sentimiento de esperanza, la necesidad de continuidad de la vida, incluso frente a la adversidad. El segundo eje, “Adherencia”, estaba compuesto por una categoría llamada “Adherencia al tratamiento”, que se refiere a aspectos que facilitan y que dificultan que los pacientes acepten el tratamiento de la enfermedad. El perfil de menor adherencia es de jóvenes, por grado de inmadurez. **CONCLUSIÓN:** el estudio mostró que la población estudiada tiene un alto nivel de esperanza. Cuando se comparó este nivel de esperanza entre pacientes de hemodiálisis y pacientes de diálisis peritoneal, no hubo significación estadística, incluso ante las diferencias de rutina. Los jóvenes tienen más dificultades para adherirse al tratamiento en comparación con los ancianos. La percepción de las enfermeras sobre la importancia de la esperanza en el tratamiento de la enfermedad renal crónica en diálisis mostró el reconocimiento de la relevancia de este sentimiento para el bienestar, un buen pronóstico y una buena calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Esperanza; Insuficiencia renal crónica; Enfermería; Espiritualidad; Diálisis renal; Perfil.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
INTRODUÇÃO.....	13
1 CAPÍTULO SOBRE ESPERANÇA.....	16
1.1 CONCEITO DE ESPERANÇA: CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	16
1.2 A ESPERANÇA SOB O PONTO DE VISTA DA RELIGIÃO.....	17
1.3 A ABORDAGEM DA ESPERANÇA NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE.....	19
1.4 A ABORDAGEM DO CONCEITO DE ESPERANÇA NA ÁREA DE ENFERMAGEM.....	23
1.5 IMPLICAÇÕES SOBRE A ESPERANÇA.....	26
1.6 O CONCEITO DE ESPERANÇA SEGUNDO O TEÓRICO GEORGE VAILLANT E SUAS SEMELHANÇAS COM A TEORIA DA ESPERANÇA DE CHARLES SNYDER.....	27
2 DOENÇA RENAL CRÔNICA: TRATAMENTOS DISPONÍVEIS E IMPLICAÇÕES.....	30
2.1 A DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	30
2.2 TRATAMENTOS DISPONÍVEIS.....	33
2.2.1 Implicações.....	36
3 MÉTODO.....	39
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	39
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO.....	39
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	40
3.3.1 Critérios de inclusão dos participantes.....	40
3.3.2 Critérios de exclusão dos participantes.....	40
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	40
3.4.1 Questionário sociodemográfico.....	41
3.4.2 Escala de Esperança de Herth.....	41
3.4.3 Delineamento do perfil dos enfermeiros e entrevista semiestruturada.....	42
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	43
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	43
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES: PACIENTES.....	46
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES: ENFERMEIROS.....	56
4.3 PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A ESPERANÇA.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	74

APÊNDICE A – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	86
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PACIENTES).....	88
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIROS).....	90
APÊNDICE D – ENTREVISTA ENFERMEIROS.....	92
ANEXO A – ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH.....	93
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA (FEPECS/SES/DF).....	94
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA (CEP/FS/UNB).....	100

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo tema abordado nesta pesquisa teve início no meu ambiente de trabalho, uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de adultos especializada em tratamento hemodialítico, localizada em um hospital público do Distrito Federal (DF). Trabalhar lá despertou em mim a vontade de me especializar na área de nefrologia, a fim de melhorar e aprimorar a assistência prestada a esses pacientes.

Durante uma especialização lato sensu realizada em 2014, também na área de nefrologia, tive que cumprir uma semana de estágio em uma clínica particular de hemodiálise. Na ocasião, me chamou atenção a diferença entre o perfil dos pacientes que eu cuidava em meu ambiente de trabalho e o perfil dos pacientes da clínica em que estagiava. Enquanto os pacientes com os quais estava acostumada a cuidar eram graves, agudos, geralmente entubados ou traqueostomizados, acamados, muitos em coma induzido, com medicações administradas em bomba de infusão, os pacientes da clínica conversavam, andavam sozinhos, dirigiam, tinham suas vidas, tarefas, empregos, vida social etc.

O perfil de um paciente com o qual conversei bastante, em especial, me chamou atenção. Ele precisava viajar por quase quatro horas, três vezes na semana, para fazer hemodiálise na clínica. Apesar das dificuldades relativas à distância, à dieta e a outras restrições, ele mantinha um alto astral e estava sempre bem-humorado.

Os pacientes do local em que eu realizei o estágio me deixaram curiosa, pelo perfil otimista e resiliente, apesar do tratamento, que é muito delicado. E isso me deixava sempre muito reflexiva.

Assim, quando surgiu a chance de cursar o mestrado na Universidade de Brasília (UnB), vislumbrei a oportunidade de investigar a dimensão espiritual e psíquica de pacientes em tratamento hemodialítico, com objetivo de desviar um pouco o foco da fisiopatologia da doença renal. Queria “olhar” os pacientes por meio de uma visão holística, buscando enxergá-los de maneira mais integral e humanizada.

Ao conhecer a Escala de Esperança de Herth (EEH), por meio da leitura de alguns artigos científicos da área de saúde, ficou ainda mais claro o objeto e sujeitos que eu gostaria de pesquisar durante o mestrado. E, nessa jornada, aprendi que as pessoas têm uma capacidade muito grande de se adaptar aos acontecimentos e às vicissitudes da vida, ressignificando momentos e fatos de maneira impressionante. São esses e tantos outros aprendizados que levarei para a minha vida e para a vida dos meus pacientes.

INTRODUÇÃO

A esperança é um constructo que facilita a adaptação de indivíduos a tratamentos diversos de saúde (FERREIRA et al., 2018). Ela está relacionada a um conceito multidimensional, universal e dinâmico, podendo ser descrita como um processo cognitivo por meio do qual as pessoas buscam ativamente pelos seus objetivos, em um esforço para sair de uma situação atual, em direção a novas condições mais favoráveis no futuro (SNYDER, 1994). Por estar relacionada a um conceito multidimensional, universal e dinâmico, a esperança não pertence a uma disciplina somente. Pelo contrário, por possuir várias “facetas”, revela-se como um fenômeno transversal, com múltiplos significados, abrangendo diversas áreas do conhecimento (QUERIDO, 2018).

No campo da saúde, a esperança é um conceito que tem ganhado cada vez mais relevância e força. Na área de enfermagem, por exemplo, os enfermeiros são profissionais dotados de posição privilegiada para favorecer esse sentimento junto aos pacientes que recebem seus cuidados (MARTINS et al., 2017). Entretanto, para que isso se concretize, é necessário que esses profissionais compreendam que a esperança permite que os esforços adaptativos pessoais, clínicos e sociais de seus pacientes sejam bem-sucedidos. Nesse sentido, a compreensão da complexidade desse contexto pode possibilitar que os enfermeiros intervenham por meio de ações que auxiliem seus pacientes a se adaptarem a uma vida possivelmente reconstruída e modificada (FERREIRA et al., 2018; MARTINS et al., 2017).

No âmbito da doença renal crônica (DRC), a esperança é um fator relevante, pois é o que leva um paciente a se submeter a incansáveis procedimentos invasivos, a mudar seu estilo de vida e a permanecer, ainda que debilitado, em um tratamento doloroso e delicado (OTTAVIANI et al., 2014).

Os pacientes com DRC são indivíduos que enfrentam duras limitações, sobretudo físicas e emocionais, impostas pela hemodiálise e/ou diálise peritoneal (CAVEIÃO et al., 2017; SILVA; PAIVA; ALMEIDA, 2017). Essas limitações produzem efeitos negativos sobre os níveis de energia e de vitalidade desses sujeitos, pois estabelecem restrições relacionadas a atividades diárias comuns, causando severas modificações na vida produtiva e pessoal, o que, conseqüentemente, pode levar a uma desabilidade funcional do indivíduo (RUDINICK, 2014; SILVA; PAIVA; ALMEIDA, 2017).

A insuficiência renal é uma doença desagradável e de difícil aceitação. O paciente renal crônico dialítico corre o risco de viver angustiado, temeroso e com profundas incertezas quanto

ao seu futuro. Assim, pode vir a abandonar seus desejos cotidianos de vida, bem como seus sonhos de ter um futuro prazeroso (SALES et al., 2014). Portanto, conhecer o nível de esperança desse sujeito contribui para um melhor enfrentamento do tratamento e das limitações/restrições que ele impõe (OTTAVIANI et al., 2014; SCHUSTER et al., 2015), preparando o indivíduo para lidar mais “pacificamente” com a dor do momento e as incertezas do futuro (SCHUSTER et al., 2015).

Atualmente, estima-se que mais de três milhões de pacientes em todo o mundo estejam em tratamento dialítico, e esse número vai mais que duplicar nos próximos anos, ultrapassando os sete milhões até 2030 (LIYANAGE et al., 2015). Entretanto, apesar da impressão negativa que essa estimativa pode causar em um primeiro momento, essa quantidade de pacientes seria pelo menos duas vezes maior, se o tratamento dialítico fosse universalmente disponível a todos, com acesso igualitário e assistência adequada à saúde. Só para termos uma ideia, a falta desse tipo de terapia ocasionou cerca de sete milhões de óbitos prematuros no ano de 2010 (LIYANAGE et al., 2015).

De acordo com dados do “Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica” (THOMÉ et al., 2018), no ano de 2017 existiam cerca de 126 mil pacientes com doença renal crônica no Brasil e mais de 40 mil que iniciaram tratamento dialítico. No Distrito Federal, localidade em que esta pesquisa foi realizada, há aproximadamente 2.164 pessoas nessa situação e uma taxa de prevalência de 712 pacientes por milhão da população (THOMÉ et al., 2018).

Diante dessas estatísticas, é cada vez mais importante e urgente a produção de pesquisas que discorram sobre o tema proposto por esta dissertação de mestrado. Segundo Ottaviani et al. (2014), para que um profissional da área de saúde compreenda a real necessidade de estimular o aspecto da esperança junto aos seus pacientes, é imprescindível oportunizar espaços de reflexão sobre esse assunto, nas mais diversas esferas da sociedade.

Nesse sentido, o presente estudo propõe, como objetivo principal, analisar a influência do sentimento de esperança no âmbito do tratamento de pacientes renais crônicos dialíticos. Como objetivos específicos, temos os seguintes: 1) traçar o perfil de pacientes que realizam hemodiálise e/ou diálise peritoneal na unidade de nefrologia de um hospital público do DF; 2) mensurar o nível de esperança desses pacientes; e 3) investigar a percepção dos enfermeiros que cuidam desses pacientes, no que tange à importância da esperança no tratamento da doença renal crônica dialítica.

Cabe destacar que se trata de uma pesquisa exploratória, descritiva, baseada na abordagem quanti-qualitativa. Além disso, houve a utilização da Escala de Esperança de Herth (EEH) para mensurar o nível de esperança dos sujeitos participantes do estudo, ferramenta que, de acordo com Querido (2015), é de suma importância para a construção da prática baseada em evidências na esfera autônoma da enfermagem.

Para finalizar esta introdução, é necessário falar que este trabalho está estruturado em quatro capítulos, além das referências e dos apêndices e anexos. O primeiro discorre sobre abordagens e teorias fundamentais relacionadas ao conceito de esperança. Já o segundo trata da conceituação da doença renal crônica, a partir da visão de diversos teóricos da área de saúde. Por sua vez, o terceiro ilustra o método empregado na construção desta pesquisa, trazendo mais detalhes sobre o tipo, o cenário e os participantes do estudo, bem como sobre os instrumentos e procedimentos de coleta de dados e as questões relacionadas a essa análise e aos aspectos éticos. Por fim, o quarto e último capítulo traz os resultados alcançados e as discussões a que se chegou com este estudo.

1 CAPÍTULO SOBRE ESPERANÇA

1.1 CONCEITO DE ESPERANÇA: CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As ideias iniciais sobre esperança surgiram na Grécia Antiga, a partir do mito de Prometeu e Pandora, contado no poema “Os trabalhos e os dias”, de Hesíodo, influente poeta grego, entre 750 e 650 a.C. (BOCAYUVA, 2011).

Nessa obra literária, o mito de Prometeu e Pandora é relatado da seguinte forma: os homens nasciam como deuses e viviam como tal, isto é, desfrutavam de uma vida perfeita, sem dores e/ou sofrimentos. O sustento alimentar era escondido dos humanos pelos deuses. Então, Prometeu, filho de Zeus, roubou o segredo do fogo dos deuses, que fornecia a eles alimento e pão. Zeus, furioso com a ousadia de Prometeu, como castigo e punição, criou a primeira mulher, Pandora (“a que possui todos os dons”, “a que é o dom de todos os deuses”), e a enviou à Terra com uma caixa cheia de males para que entregasse aos homens, o “presente de grego”. Zeus proibiu Pandora de abrir a caixa, embora soubesse que ela acabaria por abrir, devido à sua curiosidade. De fato, ela abriu a caixa e liberou os males que atormentavam os humanos em dimensões de corpo e espírito (por exemplo: doenças incuráveis, dores, vingança, inveja, medo). Quando Pandora fechou a caixa, apenas a esperança permaneceu no fundo, a qual tornava a vida suportável através de contínuos planos e objetivos (OLIVEIRA, 2003, p. 84; BOCAYUVA, 2011).

O poema de Hesíodo tem a intenção de mostrar que, mesmo diante dos males que assombram a humanidade, ainda temos a esperança, um sentimento que nos impulsiona a caminhar. Zeus deixou a esperança (*Ελπίδ*) como o único instrumento para o homem se defender de todos os males espalhados na Terra. É o que permite continuar lutando, na confiança de que as situações difíceis da vida não perduram por muito tempo.

Um pouco mais à frente, filósofos notórios clássicos aprofundaram algumas ideias iniciais sobre o conceito de esperança. Platão pode ser considerado o primeiro grande pensador que escreveu sobre o assunto. Esse filósofo considerava que a esperança era algo divino. Sócrates, por sua vez, considerou o sentido de acreditar, de ter convicção em algo. E Aristóteles acreditava que a esperança é o sonho de quem está acordado (OLIVEIRA, 2003).

Em um sentido platônico, o conceito de esperança (*elpis*) não é um simples desejo de algo que se espera realizar, é muito mais que isso. De acordo com Martins (2006, p. 180), “não é o desejo que contém a *elpis*, é, ao contrário, a *elpis* que é o lugar de realização deste desejo”.

Platão acreditava que o desejo não é a esperança, já que ela existe como uma realização antecipada. Segundo esse filósofo, a esperança pode ser enxergada como uma crença, pois carrega em si uma pré-certeza. E se não fosse assim? Seria completamente incerta e, então, poderia ser chamada ainda de esperança? Poderia existir? Para Platão, seria apenas um desejo que não teria outro fim, senão o desejo (MARTINS, 2006, p. 180).

Já na visão de Sócrates, a esperança não tem mais cunho religioso, diferindo das características citadas anteriormente. De acordo com Martins (2006, p. 182), a *elpis* socrática é aquela que espera por uma realidade objetiva, aquela que acredita e tem convicção em algo.

Na verdade, os gregos não estudaram com muito afinco esse tema, o qual foi abordado com mais profundidade por filósofos e teólogos cristãos, a partir da própria bíblia, em que a esperança é tida como a garantia das coisas esperadas e relacionada à fé (OLIVEIRA, 2003, p. 85). Na teologia judaico-cristã, a esperança é tratada como um tema central (CUTCLIFFE, 2009).

1.2 A ESPERANÇA SOB O PONTO DE VISTA DA RELIGIÃO

A partir de 64 a.C., com o surgimento do cristianismo (visão ocidental), a esperança passou a ser vista como uma das virtudes teológicas (“dom de Deus”), juntamente com a fé e a caridade (GESSINGER, 2016, p. 21). Nesse sentido, a esperança diz respeito às coisas boas e se refere sempre ao futuro. Se a fé é a certeza daquilo que não se vê, a esperança é a espera nos bens futuros (DETONI, 2010, p. 114).

As três virtudes (fé, esperança e caridade), mesmo que distintas, se complementam, formando uma tríade interdependente. A esperança e a caridade encontram na fé o fundamento necessário. Segundo Detoni (2010, p. 115), “não se pode esperar sem crer no que se espera. E crer nos bens futuros não é outra coisa que esperar”. Nesse sentido, as três virtudes caracterizam a existência cristã (DETONI, 2010, p. 115).

De acordo com Moltmann (2005, p. 35), a esperança cristã crê na ressurreição do crucificado. Isso significa dizer que a cruz é a esperança da Terra. Aquele que espera não se conformará com as leis mundanas nem com a inevitabilidade da morte e os males que geram outros males. Assim, a ressurreição de Cristo não é apenas um consolo para os ameaçados ou condenados à morte, mas também a contraposição enviada por Deus para aliviar o sofrimento e a morte, a humilhação e a ofensa. A esperança cristã não é apenas o consolo para a dor, mas também o protesto da promessa de Deus contra o sofrimento (MOLTMANN, 2005, p. 36).

Nessa perspectiva cristã, para a fé ser vivida, é necessário ter esperança, já que a descrença é sustentada pela desesperança, o que é considerado um pecado. Um dos aspectos do pecado é o ser humano querer ser Deus, mas o outro aspecto é exatamente a falta de esperança, a resignação, a indolência e a tristeza. Daí vem o abatimento e a frustração, que são capazes de escurecer tudo que é luz (MOLTMANN, 2005, p. 37). Em “Apocalipse”, de João (21:8), os pecadores são citados, cujo futuro é a morte eterna, são eles os “desalentados”, depois os descrentes e, por fim, os idólatras e os homicidas. “O pecado não nos precipita na desgraça quanto o desespero”, disse João Crisóstomo, santo da igreja católica e um dos patronos do cristianismo primitivo” (MOLTMANN, 2005, p. 37).

Em outro sentido, sob o ponto de vista da tradição religiosa oriental, falaremos sobre o conceito de esperança para o budismo. Paradoxalmente, segundo a tradição budista tibetana, a palavra que define a esperança é *rewa*, a qual é ligada ao medo (*dokpa*). Combinando-se essas duas palavras, tem-se a seguinte: *re-dok*. A esperança é, portanto, parte do sentimento do medo, quando houver uma, haverá a outra (CHÖDRÖN, 2012, p. 49).

Buda ensinou que o sofrimento faz parte da vida, e que isso não significa necessariamente que algo de errado foi feito. Por conseguinte, enquanto estivermos resguardados com o sentimento de esperança, continuaremos a achar que podemos abrandar a situação, ou até mesmo modificá-la. Assim, sofreremos mais com a experiência (CHÖDRÖN, 2012). Para o budismo, “se a esperança e o medo são duas faces da mesma moeda, o mesmo ocorre com a desesperança e a confiança. Se desistirmos de esperar que a insegurança e a dor sejam exterminadas, precisamos ter coragem de agir diante da situação” (CHÖDRÖN, 2012, p. 38).

Assim, se não há interesse em ir para além da esperança e do medo, não há sentido em buscar refúgio no Buda. O refúgio no Buda refere-se a desistir da esperança de conseguir um chão sob os nossos pés. A desesperança é o solo básico. De outra forma, trilharíamos um caminho com a expectativa de conseguir segurança, e isso significa que não compreendemos o seu propósito. Inicie o trajeto sem esperança de conseguir terra firme. Inicie com desesperança (CHÖDRÖN, 2012, p. 50).

1.3 A ABORDAGEM DA ESPERANÇA NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

Como dito anteriormente, o conceito de esperança tem despertado a curiosidade dos homens desde a antiguidade. Apesar desse interesse, Cutcliffe (2009) relata que, até o fim da década de 1950, o tema esteve praticamente ausente dos periódicos científicos.

De acordo com Gum e Snyder (2002), disciplinas como a psicologia, a psiquiatria e a enfermagem têm contribuído com visões diversas sobre o tema da esperança. Constructos relacionados começaram a ser introduzidos no contexto da psicologia e da psiquiatria na década de 1950, quando um fluxo inicial da literatura específica destacou o papel da esperança na adaptação humana. Notou-se que a desesperança trazia um risco significativo, não só de transtornos mentais, mas também de depressão, sociopatia e comportamentos suicidas (MAGALETTA; OLIVER, 1999).

No âmbito da psiquiatria, Karl Menninger, psiquiatra norte-americano, foi o responsável por iniciar os estudos sobre esperança. Em sua visão, ela é tida como essencial para a profissão e para a medicina em geral, o que autoriza os cientistas da área a falarem sobre a sua importância para o desenvolvimento humano. Em 1959, não se estudava muito o assunto e, por isso, não havia análises científicas concretas sobre o tema. Mas Menninger falava aos jovens psiquiatras que eles precisavam ser a “vela da esperança” para os seus pacientes (SCHRANK; STANGHELLINI; SLADE, 2008).

Ainda no âmbito da psiquiatria, segundo Schrank, Stanguellini e Slade (2008), foram identificadas, por meio de uma revisão de literatura, 49 definições de esperança. Por exemplo: emoção positiva, fenômeno positivo, atributo do indivíduo, força interior, energia, força de vida dinâmica, estado motivacional/emocional, atitude emocional, crença, antecipação, estado da mente, medida do otimismo e, mais frequentemente, expectativa. A conclusão dessas definições é que a esperança é uma variável dinâmica e inconstante, dirigida ao futuro, preocupada com o alcance de metas/resultados/estados positivos e individual. Observou-se, ainda, a importância da esperança para *coping* positivo, tomada de decisão, ajustamento psicossocial e qualidade de vida na promoção de tratamento a pacientes (SCHRANK; STANGHELLINI; SLADE, 2008).

Na área da enfermagem, Dufault e Martocchio (1985) estão entre os primeiros teóricos que discorreram sobre o tema da esperança, retratando-a como uma força vital e multidimensional (CUTCLIFFE, 2009). No âmbito da psicologia, um dos primeiros psicólogos a versar sobre o assunto foi o alemão Erich Fromm, em 1978, com o livro “A revolução da esperança”. Outro autor importante foi o também alemão Erik Erikson, o qual considerava a

esperança como a primeira e a mais indispensável virtude inerente à condição humana. Além disso, a esperança também foi praticada dentro da psicoterapia, com Viktor Frankl, neuropsiquiatra austríaco, com a “logoterapia”, que é a tentativa de realizar curas dando sentido ou razão à vida (OLIVEIRA, 2010, p. 132).

Na linha das virtudes, um movimento importante foi a psicologia positiva do norte-americano Martin Seligma e de seus colaboradores, nos Estados Unidos, em 2005. Para essa corrente, é necessário modificar o foco da psicologia de uma reparação dos acontecimentos ruins da vida para uma construção de qualidades positivas (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2010).

Os estudos realizados na área de fenômenos positivos e saudáveis têm crescido nos últimos anos no Brasil, mas principalmente no contexto internacional. Isso reflete uma mudança no olhar que se volta para a humanidade (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2010).

A esperança nasce como um constructo que indica um novo jeito de compreender o desenvolvimento humano na área de saúde. Ela antepõe as forças do ser humano para gerar saúde. É uma força que vem de dentro e assume aspectos positivos na personalidade humana, o que gera um impacto benéfico no bem-estar físico, psicológico e espiritual, contribuindo para uma vivência saudável e digna. Portanto, discorrer sobre esperança significa falar de saúde e de promoção da qualidade de vida que a pessoa almeja (OLIVEIRA; DE LIMA, 2011).

Autores como o psicólogo norte-americano Charles Snyder e seus colaboradores deram um grande impulso ao estudo desse constructo (OLIVEIRA, 2010). Snyder foi o criador da teoria da esperança, em 1994. Esse teórico descreveu a esperança não como uma emoção passiva, que ocorreria, nesse sentido, apenas nos momentos obscuros da vida, mas, sim, como um processo cognitivo por meio do qual as pessoas buscam ativamente pelos seus objetivos (SNYDER, 2000). Assim, a esperança está relacionada a um conceito multidimensional, universal e dinâmico, sendo descrita como um processo cognitivo pelo qual os indivíduos se esforçam para saírem de uma situação atual, em direção a uma nova condição mais favorável no futuro (SNYDER, 2000).

A teoria da esperança de Snyder é a mais abrangente e empiricamente suportada dentro da psicologia (GUM; SNYDER, 2002). Na perspectiva de Snyder, a esperança é uma importante emoção positiva e que tem forte influência sobre as pessoas, fazendo com que o indivíduo trace novos caminhos para alcançar novos desafios. É uma expectativa positiva para atingir uma meta em direção ao sucesso: *agency* (energia dirigida por um objetivo [*goals*]) e

pathway (“planejar para atingir um objetivo”). Esses são os componentes cruciais da teoria da esperança (SNYDER, 2000, p. 4-8).

De acordo com Snyder (2000, p. 9), “a esperança, sem um objetivo, não sobrevive”. São as metas que fornecem as sequências lógicas para as ações. Elas são a âncora da teoria da esperança. Esses objetivos necessitam ter um valor suficiente para ocupar a nossa parte consciente da mente. Assim, objetivos esperançosos normalmente têm alguma incerteza. Quando há certeza absoluta, objetivos com 100% de probabilidade de realização não necessitam de esperança. Todavia, quando há um objetivo insustentável, ou seja, aquele com 0% de chance de acontecer, torna-se contraproducente, em vez de ser útil. De fato, pesquisas mostram que as pessoas enxergam a esperança como próspera sob condições intermediárias de obtenção de metas (SNYDER, 2000).

O conceito de *pathways thoughts*, segundo Snyder (2000, p. 9), diz respeito ao que a pessoa entende sobre traçar uma rota viável para alcançar o objetivo almejado. Por sua vez, *agency thoughts* é a motivação que impulsiona os sujeitos a pensarem em caminhos para alcançar objetivos. Esse conceito reflete o início de um movimento mental para a realização de objetivos traçados previamente (SNYDER, 2000, p. 10). Nesse sentido, é um senso de determinação bem-sucedida no cumprimento de metas no passado, presente e futuro. A esperança é, então, influenciada pela disponibilidade percebida de caminhos bem-sucedidos relacionados aos objetivos. Em suma, é a capacidade de elaborar planos bem-sucedidos, por meio de caminhos viáveis, para atingir objetivos (SNYDER et al., 1991).

De acordo com Snyder et al. (1991), a teoria da esperança apresenta similaridade com alguns componentes da psicologia, como, por exemplo, expectativa de resultado, expectativa de eficácia, otimismo e autoeficácia. Vejamos esses conceitos com mais detalhes a seguir:

1) Expectativa de resultado: crença de que determinado comportamento produzirá um resultado em particular (seria o *pathway*).

2) Expectativa de eficácia: refere-se à confiança na capacidade de realizar determinado comportamento que levará a um resultado desejado (seria o *agency*).

3) Otimismo: expectativa de que coisas boas vão acontecer. Pessoas otimistas mantêm expectativas positivas, que não estão limitadas a um domínio específico. Essa definição é semelhante a visões anteriores acerca da esperança que a descreviam como um constructo unidimensional envolvendo uma percepção geral de que as metas serão atingidas. Esperança e

otimismo diferem, no entanto, na relação hipotética entre expectativa de resultado e expectativa de eficácia.

4) Autoeficácia: contrárias à teoria do otimismo, as expectativas baseadas apenas na eficácia pessoal (expectativa de eficácia) são vistas como as principais determinantes de certos tipos de comportamentos. Porém, essas expectativas de eficácia pessoal não podem explicar os resultados que são baseados em forças que estão além do controle do indivíduo (por exemplo, fé religiosa, sorte, intervenções de poderosos etc.). Isso traz uma ideia incompatível com o modelo de esperança proposto, o qual descreve a soma recíproca da expectativa de eficácia e da expectativa de resultado. Ao focar apenas em uma das expectativas, diminui-se o impacto preditivo do conjunto cognitivo para as atividades direcionadas à obtenção dos objetivos. Em contraste, a esperança pode render maior variedade de previsões relacionadas a metas.

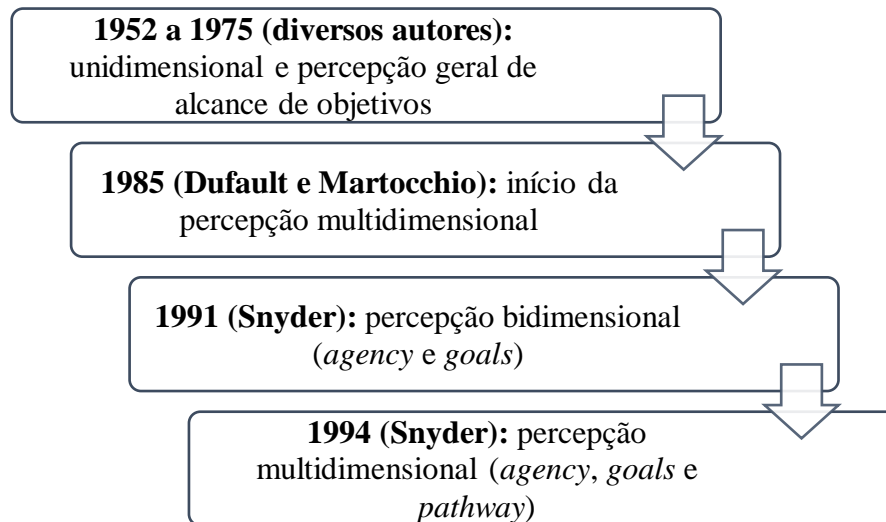
Seguindo uma linha do tempo do conceito de esperança (figura 1), é possível observar alguns aspectos na definição desse constructo. Primeiramente, a esperança foi reconhecida como um constructo unidimensional, depois bidimensional e, finalmente, multidimensional.

Em relação ao primeiro aspecto, o unidimensional, pesquisadores como Lewin (1938), French (1952), Menninger (1959), Schachtel (1959), Mowrer (1960), Frankl (1963), Cantril (1964), Farber (1968), Frank (1968), Melges e Bowlby (1969), Stotland (1969), Gottschalk (1974), Erickson, Post e Paige (1975) postularam que a esperança é um constructo unidimensional que envolve uma percepção geral de que os objetivos podem ser alcançados. Segundo esses autores, as expectativas de realização desses objetivos podem ser utilizadas para explicar diversos comportamentos, incluindo aqueles que envolvem saúde física e mental (SNYDER et al., 1991, p. 570).

Já em relação ao segundo aspecto, o bidimensional, Snyder et al. (1991) citam que há dois elementos principais e inter-relacionados da esperança, o *agency*, que é a energia gasta na obtenção de metas/objetivos (*goals*).

Em 1994, Snyder, no tocante ao terceiro e último aspecto, relacionou a esperança a um conceito multidimensional, universal e dinâmico, descrevendo-a como um processo cognitivo por meio do qual os sujeitos buscam ativamente pelos seus objetivos, em um esforço para mover-se da situação atual, em direção a uma nova condição mais favorável no futuro. Estes são os três componentes essenciais para a teoria da esperança: *agency* (energia dirigida por um objetivo [*goals*]) e *pathway* (planejar para atingir um objetivo) (SNYDER, 2000).

Figura 1 – Linha do tempo do conceito de esperança



Fonte: Elaborada pela autora (2019).

1.4 A ABORDAGEM DO CONCEITO DE ESPERANÇA NA ÁREA DE ENFERMAGEM

Conforme descrito anteriormente, entre 1950 e 1960, o tema da esperança passou a ser pesquisado com maior profundidade no âmbito das ciências da saúde (HERTH; CUTCLIFF, 2002; CUTCLIFF, 2009; SNYDER, 2000). Especificamente em relação à área de enfermagem, o reconhecimento da importância da esperança para a prática clínica é recente (HERTH, 1990), tendo emergido em 1985, a partir dos estudos de autores como Stoner e Krampfer, Miller e Power, Herth, Farran, Sallowat e Clarke (CAVACO et al., 2010).

Dufault e Martocchio (1985) estão entre os primeiros teóricos da área de enfermagem que discorreram sobre o tema da esperança, retratando-a como uma força vital multidimensional, caracterizada por uma expectativa confiante, porém incerta, de alcançar um bem futuro que, para a pessoa esperançosa, é realisticamente possível e pessoalmente significativo (CUTCLIFFE, 2009).

Dufault e Martocchio criaram a chamada “taxonomia da esperança”, dividida em duas esferas, uma generalizada e outra particularizada, compostas por seis dimensões: afetiva, cognitiva, comportamental, afiliativa, temporal e contextual (DUFALT; MARTOCCHIO, 1985). Vejamos, primeiramente, a seguir, as duas esferas mais detalhadamente:

1) Primeira esfera – esperança generalizada: é uma crença geral no futuro, sem associação a um acontecimento concreto. Trata-se de uma experiência íntima, que acontece no mais profundo do ser e reflete no homem oferecendo mais sentido de controle e capacidade de superação. Não é influenciada pelo curso da doença.

2) Segunda esfera – esperança particularizada: relacionada à conquista de um resultado específico, por exemplo, a cura de uma doença. Pode ser influenciada e variar ao longo do tempo e com a evolução da doença.

Agora, vejamos as seis dimensões detalhadas por Dufault e Martocchio (1985):

1) Afetiva: influenciada pelas emoções inerentes ao processo de esperança, como a confiança, a excitação, a incerteza, os medos, a ansiedade etc.

2) Cognitiva: relacionada aos pensamentos. Quando a pessoa identifica o objeto da esperança, avalia a realidade e, assim, consegue planejar objetivos capazes de serem alcançados. É essencial para discernir se a esperança será capaz de alcançar ou não as metas traçadas.

3) Comportamental: são as atitudes tomadas para a concretização dos objetivos traçados, utilizando-se de estratégias para percorrer um caminho que leve, de fato, à conquista do resultado desejado.

4) Afiliativa: a esperança está relacionada a aspectos transcendentes e ao meio social em que a pessoa vive.

5) Temporal: refere-se ao tempo e quer dizer que a esperança está relacionada não só ao futuro, mas também às ações realizadas no passado e no presente.

6) Contextual: a esperança é influenciada pelo contexto real em que a pessoa vive.

Outra abordagem acerca da esperança importante para a área de estudos da enfermagem é a de Farran, Herth e Popovich (1995). Esses autores conceituaram a esperança com base em quatro componentes-chave (FARRAN; HERTH; POPOVICH, 1995):

1) Processo experiencial no qual a esperança está ligada à desesperança, mas é assim que as possibilidades imaginativas e a criatividade afloram.

2) Processo espiritual/transcendente, com a esperança sendo inseparável da fé.

3) Processo de pensamento racional que foca na realidade, com objetivos e recursos necessários (físicos, emocionais e sociais) para manter a pessoa motivada.

4) Processo relacional em que a esperança ocorre entre pessoas e é influenciada pela presença, comunicação e força do outro.

Em síntese, pode-se dizer que:

[...] a esperança é um delicado equilíbrio entre experimentar a dor de situações difíceis da vida, sentir uma interconexão com os outros, inspirar-se na natureza espiritual ou transcendente e manter uma abordagem racional ou consciente para responder a essas experiências de vida (FARRAN; HERTH; POPOVICH, 1995).

Há um crescente reconhecimento de que a esperança influencia a adaptação à doença e promove o bem-estar (HERTH, 1992; MILLER, 2007). O seu conceito tem ganhado cada vez mais relevância e importância nos estudos do campo da saúde. Na enfermagem, o profissional enfermeiro “destaca-se na função de estimular o sentimento de esperança em doentes crônicos, pois mantém um contato próximo em virtude de cumulativas interações”. Além disso, “a observação da existência do sentimento de esperança, a partir da doença, é comum na prática clínica da enfermagem” (SARTORE; GROSSI, 2008, p. 228).

Nesse sentido, os enfermeiros são essenciais para que os pacientes valorizem a esperança e a confiança em bons resultados em relação ao tratamento. No contexto do paciente renal crônico dialítico, isso é latente, já que, conforme Ottaviani et al. (2014, p. 249),

[...] o sentido de ter esperança é de extrema importância na vida dos pacientes com DRC e da família, uma vez que os motiva a esperar por melhoras, desde o momento do diagnóstico da doença até a possível realização do transplante renal, que é considerado um procedimento que garante a única expectativa de cura, de vida mais longa e com maior qualidade.

Nas palavras de Sousa (2015, p. 106), os enfermeiros são o pilar da preservação do bem-estar e da saúde física, mental e emocional dos pacientes:

Buscando como fundamental importância a qualidade da assistência hospitalar, no sentido de oferecer ao paciente um serviço de menor risco e maior eficácia, ocupa papel importante na assistência aos doentes, de forma efetiva, no desempenho de suas atividades, para que, de modo diferenciado, a sua função possa contribuir com benefícios para o cliente, prestando uma assistência sistematizada e humanizada, tornando suas ações as mais científicas possíveis, sem desvincular o apoio emocional aos familiares e, quando possível, aos pacientes.

O interesse crescente pelo conceito de esperança reflete o compromisso e a preocupação dos profissionais da área de enfermagem em reforçar esse aspecto junto aos seus pacientes (HERTH, 1992), a fim de contribuir para a capacitação de lidar com situações de crise e sofrimento. Assim, reconhecer o nível de esperança de pacientes crônicos contribui para um melhor enfrentamento de doenças (MILLER, 2007; OTTAVIANI et al., 2014) e prepara o indivíduo para a morte (MILLER, 2007). Em última instância, a esperança é fundamental para a vida porque ela salva vidas (VAILLANT, 2010).

1.5 IMPLICAÇÕES SOBRE A ESPERANÇA

Tendo em vista que a esperança gera sentimentos positivos, alguns estudos têm evidenciado que a indução desse estado estende o campo de atenção do ser humano, desenvolvendo a intuição e a criatividade (FREDRICKSON; LOSADA, 2005). Assim, as emoções positivas (ou as boas emoções) alteram os sistemas corporais: aumentam a recuperação de doentes cardiovasculares; ampliam a função imune e modificam a assimetria frontal do cérebro, por exemplo (WIEDEMANN et al., 1999).

Nesse sentido, as emoções positivas promovem a saúde mental e física. Esses mesmos estudos têm comprovado também que esses sentimentos reforçam a resiliência diante de adversidades, aumentam a felicidade, favorecem o crescimento psicológico, diminuem os níveis de cortisol e reduzem as reações inflamatórias ao stress (FREDRICKSON; LOSADA, 2005). Ainda, eles ativam o sistema nervoso parassimpático e reduzem o metabolismo basal, a pressão arterial, o batimento cardíaco, a frequência respiratória e a tensão muscular, além de aumentarem a nossa tolerância e ampliarem a nossa moral, ajudando a viver no tempo futuro e tornando nossos padrões de pensamentos mais flexíveis, criativos, integrados e eficientes (VAILLANT, 2010, p. 5).

Como oposto da esperança, há a desesperança (ou o desespero), que reflete em nosso organismo por meio de emoções negativas que causam excitação metabólica e cardíaca, ativada pelo sistema nervoso autônomo simpático, suscitando reações como lutar ou fugir (VAILLANT, 2010, p. 6). As emoções negativas, como o medo e a raiva, limitam a atenção do indivíduo, levando-o a emaranhar-se em detalhes desnecessários, sem enxergar o contexto (VAILLANT, 2010, p. 5).

Para Vaillant (2010), o sofrimento é a esperança destruída, e isso causa dor, perda do autocontrole e desespero. Porém, se o fim da esperança transforma a dor em sofrimento, o retorno da esperança faz com que o sofrimento seja uma dor tolerável. O sofrimento é a perda da autonomia, e a esperança é a sua restauração (VAILLANT, 2010).

Cabe ressaltar que a esperança não é cognitiva, racional ou “piegas”, pois ela faz parte da nossa herança emocional mamífera (VAILLANT, 2010; RITTER, 2011). De acordo com Paulo Freire, por exemplo, a esperança nasce da dialeticidade dos sentimentos de indignação, raiva e amorosidade. A indignação está na recusa de viver uma situação de miséria (ou de iniquidade) que impeça o ser humano de ir além, de ser mais. A raiva e a indignação são sentimentos motivadores de negação e fazem com que o indivíduo busque por mudanças diante

de uma situação indesejável. Em última instância, a esperança é um sentimento capaz de transformar a realidade, de fazer com que o ser humano busque sempre o melhor de si (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2014, p. 47-48).

O enfrentamento de situações-limites não depende do tamanho da dificuldade, mas da compreensão que as pessoas têm para reinventar novas condições de sua existência individual. As situações-limites, destarte, seriam o início do sentido da existência de um comportamento não contemplativo: “Esta é a razão pela qual não são as situações-limites, em si mesmas, geradoras de um clima de desesperança, mas a percepção que os homens têm delas em um dado momento histórico, como um freio a eles, como algo que eles não podem ultrapassar” (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2014, p. 49).

1.6 O CONCEITO DE ESPERANÇA SEGUNDO O TEÓRICO GEORGE VAILLANT E SUAS SEMELHANÇAS COM A TEORIA DA ESPERANÇA DE CHARLES SNYDER

George Vaillant é um psicanalista, psiquiatra, pesquisador e autor norte-americano. Seu livro “Adaptation to life”, de 1977, é um clássico estudo sobre o desenvolvimento de adultos. Vaillant é também professor em Harvard, onde dirigiu o projeto “Study of adult development” durante 35 anos, tendo acompanhado centenas de pessoas ao longo de sua vida. Esse estudo permitiu descobertas importantes sobre a espiritualidade humana e, com base nelas, na neurociência e em pesquisas psicológicas, nasceu o livro “Fé: evidências científicas”, de 2010.

Vaillant (2010) traz aspectos sobre a esperança que se assemelham à teoria da esperança de Charles Snyder, acrescentando sentido e razão quando diz que a esperança impulsiona o ser humano sem fechá-lo em uma fantasia de que os fatos vão mudar drasticamente pelo simples fato de se acreditar, mas sem agir.

Nesse sentido, a esperança deve ser diferenciada do desejo, visto que este último está associado às palavras e ao lado esquerdo do cérebro. Já a esperança é feita de imagens e se relaciona ao lado direito do cérebro. Desejar algo não demanda esforço algum. A esperança, de fato, exige muito esforço e molda a vida real. Ela reflete a nossa capacidade de imaginar um futuro positivo e realista. A esperança é, então, emocional, energizante, dá forças. O desejo, por sua vez, é um sentimento passivo, cognitivo e pode ser debilitante (VAILLANT, 2010).

A oração que cura depende da diferenciação entre esperança e desejo. Por exemplo, uma súplica a Deus, no sentido de manifestar o desejo de cura de uma doença, talvez seja como se iludir com um trevo de quatro folhas. Mas, se por outro lado, alguém receber orações em forma

de amor e de um sincero esforço em partilhar a força e a esperança, provavelmente o sofrimento diminuirá, mesmo que a pessoa não seja curada (VAILLANT, 2010).

O oposto da confiança é a desconfiança, mas o oposto da esperança é o desespero. Sem confiança, somos cautelosos e até mesmo paranoicos. Sem esperança, somos completamente deprimidos. A desesperança e a depressão clínica são a mesma coisa e podem ser fatais (VAILLANT, 2010). Dessa forma, a esperança vai nascer de uma necessidade involuntária de funcionar de maneira eficaz diante de situações ameaçadoras. É uma fonte de emoção reconfortadora e nos faz lembrar que o amanhã poderá sempre ser melhor. O verbo “desesperar” vem do latim “disparare”, que significa “estar sem esperança”. A esperança e o desespero são sentimentos, e a verdadeira esperança tem suas raízes no coração, na música e na percepção cognitiva (VAILLANT, 2010).

De acordo com Vaillant (2010), “a fé pode às vezes resultar em esperança, e a esperança renovada pode, igualmente, restaurar a antiga fé”. Assim, a esperança, com o auxílio da fé, do amor e da sobriedade, impulsiona o ser humano a conquistar seus objetivos de vida (VAILLANT, 2010).

A esperança faz parte das emoções positivas, juntamente com o amor, a alegria, o perdão, a compaixão, a fé, a reverência, o entusiasmo, o contentamento, a satisfação, a sensação de controle e a gratidão. A espiritualidade é o amálgama das emoções positivas, a qual é capaz de nos unir aos seres humanos e à nossa experiência com o divino, como quer que o concebamos (VAILLANT, 2010, p. 5). Dessa maneira, a esperança não é um mero mecanismo de defesa cognitiva, mas uma emoção positiva. Ela “olha” a morte diretamente nos olhos e aceita a realidade de doenças incuráveis. Quanto maior o sofrimento, maior o poder da esperança. Ela é honesta, pois abraça a verdade (VAILLANT, 2010).

Ainda segundo Vaillant (2010), não é possível ter esperança sem conseguir reconhecer a realidade da perda. Ela não equivale a fantasias que fazem com que imaginemos o que jamais existiu e/ou vai existir. A fantasia dá o que desejamos, e a esperança não é essa fantasia. Geralmente, ela não vai curar doenças, mas permite que pessoas doentes e em desvantagens corram atrás de melhores condições e sejam capazes de enaltecer a vida. A esperança não acaba com a dor, porém nos faz pensar que podemos ressignificar os acontecimentos e conseguir enxergar um novo amanhã (VAILLANT, 2010).

No âmbito da saúde, a esperança leva o paciente a tirar o foco da dor. E como aprender a ter esperança? De onde ela vem? De acordo com Vaillant (2010), a esperança é o resultado

da nossa primeira experiência com o zelo, vem do sentimento visceral, não de um conhecimento cognitivo de que somos importantes e de que venceremos um dia. Para concluir a reflexão desse autor sobre o tema, “não podemos ter esperança sem experiência e sem modelos. Antes de acreditar na semente, temos de ver o crescimento das sementes (VAILLANT, 2010, p. 122).

Tabela 1 – Semelhanças entre os estudos sobre esperança de George Vaillant e a teoria da esperança de Charles Snyder

Charles Snyder (1994)	George Vaillant (2010)
A esperança não é uma emoção passiva.	Esperança é diferente de desejo, que é um sentimento passivo e pode ser debilitante.
A esperança faz com que as pessoas busquem ativamente pelos seus objetivos.	A esperança é energizante e gera força de realização.
A esperança é uma importante emoção positiva.	A esperança é uma emoção positiva, juntamente com o amor, a alegria, o perdão, a compaixão, a fé, a reverência, o entusiasmo, o contentamento, a satisfação, a sensação de controle e a gratidão.
A esperança é um esforço para mover-se da situação atual, em direção a uma nova condição mais favorável no futuro.	A esperança faz com que as pessoas corram atrás de melhores condições e sejam capazes de enaltecer a vida.

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Como podemos visualizar, a esperança é percebida por esses autores como um sentimento ativo, que nada tem a ver com o verbo “esperar”, mas, sim, com o verbo “esperançar”, que é buscar, mover-se, ir em direção a um objetivo para alcançar melhores condições de vida (SNYDER, 1994; VAILLANT, 2010). É a partir dessa percepção que serão discutidos os resultados desta pesquisa.

2 DOENÇA RENAL CRÔNICA: TRATAMENTOS DISPONÍVEIS E IMPLICAÇÕES

2.1 A DOENÇA RENAL CRÔNICA

Segundo a “The National Kidney Foundation”, a doença renal crônica (DRC) está relacionada a alterações morfofuncionais dos rins. Conforme essa instituição norte-americana, é portador de DRC o indivíduo que tiver filtração glomerular (FG) <60 ml/min/1,73 m² ou >60 ml/min/1,73 m² e pelo menos um marcador de lesão do parênquima renal (por exemplo, proteinúria e/ou hematúria glomerular), além de apresentar alterações morfofuncionais presentes por um período igual ou maior a três meses, independentemente da causa¹.

De acordo com as diretrizes da “The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative” (KDOQI – “Iniciativa de Qualidade em Resultados de Insuficiência Renal”), a doença renal crônica é dividida em cinco estágios, de acordo com o nível de filtração glomerular²:

- Lesão renal com FG normal ou aumentada → ≥ 90 ml/min/1,73 m².
- Lesão renal com FG ligeiramente diminuída → 60-89 ml/min/1,73 m².
- Lesão renal com diminuição moderada da FG → 30-59 ml/min/1,73 m².
- Lesão renal com diminuição grave da FG → 15-29 ml/min/1,73 m².
- Falência funcional renal, podendo ou não estar em diálise → <15 ml/min/1,73 m².

A taxa de filtração glomerular (TFG) é o resultado da taxa média de filtração de cada néfron multiplicada pelo seu número total. Os valores de referência da TFG ficam em torno de 130 ml/min/1,73 m² para homens, e de 120 ml/min/1,73 m² para mulheres (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016, p. 30).

O grupo “Kidney Disease: Improving Global Outcomes” (KDIGO – “Diretrizes Clínicas para Diagnóstico, Avaliação, Prevenção e Tratamento do Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica”), no ano de 2012, propôs uma nova classificação. Essa diretriz detalha as causas da DRC, classificando agora em seis categorias relacionadas à TFG (G1 a G5, com G3 dividida em 3a e 3b) e com base em três níveis de albuminúria (A1, A2, A3), analisadas conforme a relação albumina-creatinina urinária em mg/g ou mg/mmol, em cada amostra isolada matinal de urina. É importante salientar que o termo “microalbuminúria” foi substituído

¹ Informação disponível em: <https://www.kidney.org/kidneydisease>. Acesso em: 14 abr. 2019.

² Informação disponível em: <https://www.kidney.org/professionals/guidelines>. Acesso em: 14 abr. 2019.

por “nível moderado de albuminúria”, conforme Figura 2 (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016, p. 916).

No âmbito da DRC, a redução da função renal é um processo lento, devido a mecanismos de adaptação e compensação do organismo. Isso explica a assintomatologia observada em pacientes portadores dessa doença, até mesmo em estágios mais avançados (RIELLA, 2010).

Figura 2 – Prognóstico da IRC por TFG e classificação de albuminúria

Prognóstico da IRC por TFG e Classificação da Albuminúria: KDIGO 2012

				Classificação da albuminúria persistente Descrição e variação		
				A1 Normal a levemente elevado <30 mg/g <3 mg/nnmol	A2 Moderadamente elevado 30-300 mg/g 3-30 mg/nnmol	A3 Severamente elevado >300 mg/g >30 mg/nnmol
Classificação da TFG (mL/min/1,73 m ²) Descrição e variação	G1	Normal ou elevado	≥90			
	G2	Levemente reduzido	60-89			
	G3a	Leve a moderadamente reduzido	45-59			
	G3b	Moderado a severamente reduzido	30-44			
	G4	Severamente reduzido	15-29			
	G5	Falência renal	<15			

Verde: baixo risco (se nenhum outro marcador de doença renal, sem IRC); Amarelo: risco moderadamente elevado; Laranja: risco alto; Vermelho: risco muito elevado.

Fonte: Johnson, Feehally e Floege (2016, p. 917).

Na população em geral, os fatores de risco predominantes para o surgimento da doença renal crônica são: hipertensão arterial, diabetes, hiperlipidemia, obesidade e tabagismo. É interessante observar que, dentre os afrodescendentes e os nativos americanos, há maior prevalência de diabetes e hipertensão arterial (RIELLA, 2010, p. 817). Podemos citar, também, como fatores de risco, a doença renal policística, as doenças obstrutivas e as infecções, o uso prolongado de substâncias nefrotóxicas e o lúpus eritematoso sistêmico (SILVA; SOUSA JÚNIOR, 2012).

Embora os rins sejam necessários para a sobrevivência do nosso organismo, sua capacidade funcional é vastamente superior ao mínimo necessário. Isso faz com que seja possível viver com 10% ou menos da função renal normal, quando a massa renal é diminuída por processos mórbidos ou por retirada cirúrgica. Na DRC, a homeostase é mantida até fases finais avançadas (RIELLA, 2010, p. 804).

Por outro lado, a doença renal crônica repercute em consequências não só renais, mas também em outros órgãos, trazendo manifestações clínicas como uremia, anorexia, hipertensão arterial, hipertrigliceridemia, tendência a hemorragias resultantes de alterações na coagulação, oligúria, edema, confusão mental, perda do olfato e paladar etc. (SANTOS et al., 2013).

As terapias de substituição renal (TRS) têm aumentado a sobrevida dos pacientes portadores de DRC, mas também geram impactos negativos, por fragilizar e provocar danos aos sistemas cardiorrespiratório e musculoesquelético (GOMES et al., 2018).

Segundo dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de idosos no Brasil, até 2020, vai triplicar. Ainda, de acordo com o “Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar” do Ministério da Saúde, de 2012, o perfil de morbidade dessa população apresenta algumas especificidades, como, por exemplo, a prevalência de doenças crônicas. Em consonância com Silva et al. (2015, p. 149), “o aumento da incidência das doenças crônicas é um fato conhecido que tem suscitado muitas discussões, constituindo, atualmente, um importante problema de saúde pública”.

A cada ano, no país, a incidência estimada de pacientes que dialisam é de 8%. Desse total, aproximadamente 90% ingressam em programas de hemodiálise, estando 85% em unidades conveniadas do Sistema Único de Saúde (SUS) (OLIVEIRA JUNIOR; FORMIGA; ALEXANDRE, 2014).

Na atualidade, 90% da população mundial dialítica possui alta renda e, em mais de 100 países diferentes, os pacientes têm de arcar com o tratamento relacionado às terapias de substituição renal (TSR). Nos Estados Unidos, por exemplo, o gasto anual com esses pacientes vai exceder, até 2030, o montante de 52 bilhões de dólares (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016, p. 919).

Globalmente, o número de pessoas que realizam TSR aumentou de 426 mil, em 1990, para 2,5 milhões, em 2010. Com isso, é muito provável que os custos cumulativos das terapias de substituição renal ultrapassem o valor de um trilhão de dólares nesta década (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016, p. 919).

Por fim, é importante destacar que a DRC ocupou a 18ª posição como causa óbito em 2010, ficando atrás somente de doenças respiratórias crônicas e arteriais coronarianas, diabetes, hipertensão, câncer e enfermidades transmissíveis (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016, p. 919).

2.2 TRATAMENTOS DISPONÍVEIS

Atualmente, são três as principais terapias para o estágio avançado da doença renal crônica, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (2015): hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e transplante renal. Este último é o tratamento ideal, mas nem todos os pacientes podem ser transplantados, por motivos diversos. Dessa maneira, a maioria dos indivíduos em situação de falência renal são submetidos à hemodiálise ou à diálise peritoneal (RIELLA, 2010, p. 977).

No Brasil, a hemodiálise surgiu em 1949. A partir daí, os pacientes com DRC começaram a ter uma nova oportunidade de tratamento (SILVA; PAIVA; ALMEIDA, 2017). Com os avanços da tecnologia em saúde, a hemodiálise possibilitou sobrevida e melhor qualidade de vida a esses sujeitos (PIVATTO; ABREU, 2010). Em 2000, havia 42.695 pacientes em hemodiálise no país. Em 2015, passaram a existir 111.303 pacientes (SBN, 2015).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2015), a hemodiálise é um tratamento que utiliza uma máquina para limpar e filtrar o sangue, ou seja, realiza o trabalho que o rim doente já não pode mais fazer. Esse procedimento libera do sangue resíduos tóxicos à saúde e mantém o equilíbrio de substâncias como o sódio, o potássio, a ureia e a creatinina (RIELLA, 2010, p. 1032).

No processo de substituição renal feita pela hemodiálise, água e soluto (dialisato) passam por uma membrana semipermeável e, conseqüentemente, as escórias são eliminadas mediante três princípios: ultrafiltração, convecção e difusão. A ultrafiltração é a retirada de água do plasma por pressão hidrostática, através da membrana semipermeável. Já a convecção é a retirada de solutos nitrogenados, juntamente com a água, por “arraste”. Por fim, a difusão é a retirada de solutos que vai depender do gradiente de concentração do sangue e do dialisato em contato com a membrana semipermeável (AZEVEDO; TANIGUCHI; LADEIRA, 2015).

Todas as terapias dialíticas extracorpóreas necessitam de acessos vasculares funcionais, os quais são “linhas de vida” para os pacientes renais crônicos que necessitam de hemodiálise. Um acesso ideal deve ter baixo risco de complicações e de efeitos colaterais, sendo a fístula arteriovenosa (FAV) radiocefálica distal a primeira escolha, desde que o indivíduo tenha sido

acompanhado por meio de uma avaliação antecipada e cuidadosa (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016, p. 1044).

Esse acesso deve ser realizado por um cirurgião vascular experiente, fazendo o possível para evitar o cateter venoso central, o qual aumenta o risco de sepse e de mortalidade, além de favorecer o desenvolvimento de estenose venosa central ou trombose, o que pode comprometer a confecção de acesso vascular em membros superiores (a FAV).

Infelizmente, muitos pacientes que não tiveram acompanhamento adequado (com previsão de início de diálise) necessitam do uso do cateter venoso central, tanto para o início da hemodiálise quanto como tempo de espera para a confecção da FAV (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016, p. 1045). As principais complicações do uso dessa via de acesso são: não maturação da FAV (fístulas que falham imediatamente por seleção inadequada dos vasos), instabilidade hemodinâmica após o procedimento, anormalidades vasculares, estenoses, oclusões etc. (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016, p. 1049).

O acesso por cateter venoso central ainda é muito utilizado como via para a realização de hemodiálise, mesmo sendo mais indicado para pessoas com insuficiência renal aguda, com DRC sem FAV permanente ou com falha no acesso vascular (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016, p. 1052). Hoje em dia, existem dois tipos de cateteres utilizados na prática clínica (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016, p. 1052):

- Cateter não tunelizado de curta permanência: possui mais riscos e alta morbidade. É constituído de duplo lúmen, feito de polímeros, com facilidade de implantação. O comprimento desse cateter deve ser escolhido de acordo com o local selecionado para a punção. A inserção em veia femoral requer um cateter maior, pois a ponta distal do cateter deve chegar até a veia cava inferior. Já na via de acesso pela veia jugular, o cateter é mais curto, visto que a ponta distal do cateter deve alcançar a junção da veia cava superior com o átrio direito, sendo a veia subclávia contraindicada devido ao alto risco de estenose venosa subsequente. A recomendação de tempo de uso desse cateter é de sete dias.
- Cateter tunelizado de longa permanência: possui duplo lúmen, com 40 cm cada, sendo que 10 cm fica tunelizado no subcutâneo. Feito de polímero sintético, com grande lúmen interno e um *cuff* de Dacron que garante a fixação no subcutâneo. Esse cateter reduz a morbidade e tem melhor desempenho do que o não tunelizado. Dura vários meses.

Esses cateteres são inseridos por via percutânea, utilizando-se a técnica de Seldinger. A via preferencial para a punção desses cateteres é a veia jugular interna, seguida do acesso femoral (AZEVEDO; TANIGUCHI; LADEIRA, 2015; JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016, p. 1052).

A diálise peritoneal (DP) é um método que utiliza o peritônio como membrana semipermeável para a depuração de toxinas urêmicas. A membrana peritoneal funciona como o capilar empregado na hemodiálise, que regula as trocas de água e de solutos entre os capilares do interstício peritoneal e o líquido de diálise infundido na cavidade peritoneal (RIELLA, 2010, p. 1032). Esse líquido/fluido de diálise é estéril e contém glicose, chegando a ser infundido de 2 a 2,5 litros, o qual é trocado quatro a cinco vezes ao dia, por meio de um cateter peritoneal permanente. O excesso de líquido é removido por osmose induzida pela glicose, que promove a ultrafiltração. Os tipos de DP utilizadas são: diálise peritoneal ambulatorial contínua (CPAC), que é ofertada 24 horas por dia, sete dias por semana, geralmente com quatro trocas por dia (manhã, almoço, tarde, noite) e em torno de 30 minutos; e diálise peritoneal automatizada (DPA), onde as trocas são feitas normalmente no período da noite por uma máquina cicladora automática de DP que infunde e drena o líquido, realizando as trocas do líquido (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016, p. 1097).

De modo geral, a diálise peritoneal é uma terapia domiciliar na qual pacientes e familiares são treinados para realizar a troca das bolsas de dialisato. Geralmente, os indivíduos submetidos a esse tratamento possuem uma qualidade de vida melhor, tendo em vista a redução de visitas hospitalares (SMART; TITUS, 2011; JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016, p. 1097), bem como são candidatos de mais sucesso ao transplante renal, em comparação aos que realizam hemodiálise. Atualmente, essa terapia é utilizada por cerca de 180 mil pacientes, em nível mundial, o que representa 7% da população total em diálise (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016, p. 1097).

O cateter da DP é inserido na cavidade peritoneal, na região de flanco. É chamado de “cateter de Tenckhoff”, pois foi uma ideia original descrita por Tenckhoff e Schechter. Trata-se de um tubo elástico com orifícios laterais dispostos ao longo de sua porção intraperitoneal. Possui um ou dois *cuffs* de Dacron, o que evita a saída desse cateter e infecções. Pode ser passado pelo cirurgião ou por um nefrologista treinado (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016, p. 1100).

Trata-se de um acesso permanente e seguro para a cavidade peritoneal. Apesar de melhorias na sobrevivência do cateter nos últimos anos, complicações relacionadas a esse

instrumento ainda acontecem, ocasionando significativa morbidade e, algumas vezes, sua retirada. Cabe destacar que os problemas relacionados ao cateter são responsáveis pela transferência definitiva para a hemodiálise em até 20% de todos os pacientes (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016, p. 1100).

A outra modalidade de terapia de substituição renal é o transplante renal. A fonte mais frequente de rins para transplantes é oriunda de pacientes pós-morte encefálica. Esse doador é mantido em ventilação mecânica, em um ambiente capaz de oferecer cuidados intensivos até que o óbito venha a ser diagnosticado pelos critérios de morte encefálica e que se obtenha o consentimento da doação do parente mais próximo e das aprovações legais e institucionais necessárias (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016, p. 1164).

Trata-se de um procedimento cirúrgico que transfere o rim de uma pessoa para outra, com objetivo de compensar ou substituir a função renal perdida. É indicada aos pacientes com doença renal crônica dialítica. Esse novo rim desempenha as funções que os rins lesionados não conseguem mais desempenhar (ABTO, 2016).

O transplante é motivo de esperança para esses indivíduos, pois enxergam nele uma oportunidade de vida nova, com mais liberdade e qualidade. No entanto, ao mesmo tempo, é uma terapia que ainda causa medos e incertezas quanto ao sucesso e à duração do transplante (PAULETTO et al., 2016).

2.2.1 Implicações

Diante dos tratamentos disponíveis atualmente para a doença renal crônica, há duras implicações. As físicas e as emocionais (OLLER et al., 2012) são as principais para os pacientes renais crônicos dialíticos (SILVA; PAIVA ALMEIDA, 2017; CAVEIÃO et al., 2017), tendo em vista que a diálise produz efeitos negativos sobre os níveis de energia e de vitalidade dos indivíduos. Estão presentes também as diversas restrições relacionadas às atividades diárias, além das severas modificações na vida produtiva e pessoal, o que pode levar a uma desabilidade funcional (OLLER et al., 2012; RUDNICKI, 2014; SILVA; PAIVA; ALMEIDA, 2017).

A insuficiência renal é uma doença desagradável e de difícil aceitação. O paciente renal crônico dialítico corre o risco de viver angustiada, temeroso e com profundas incertezas quanto ao futuro. Assim, pode acabar abandonando seus desejos cotidianos de vida, bem como seus sonhos de ter um futuro prazeroso (SALES et al., 2014).

A adaptação do paciente renal crônico à hemodiálise ou à diálise peritoneal tende a passar por três estágios, conforme Levy (1977 apud BARBOSA; AGUILLAR; BOEMER, 1999): 1) lua de mel, marcada pelo aumento do bem-estar físico e por uma sensação de confiança e esperança – geralmente, dura de seis semanas a seis meses; 2) desencanto e desencorajamento, momento caracterizado pela tristeza, desesperança e impotência – a depressão e o comportamento suicida são comuns nesse estágio; 3) adaptação a longo prazo, que ocorre quando o paciente finalmente alcança um nível de aceitação de sua doença e suas limitações. No entanto, segundo Levy (1977 apud BARBOSA; AGUILLAR; BOEMER, 1999), alguns indivíduos não conseguem alcançar essa adaptação.

Dessa maneira, podemos notar que a nova condição de vida desses indivíduos afeta não somente seu estado físico, mas, também, suas dimensões social, familiar, econômica, psicológica e espiritual, já que ficam muito tempo expostos a situações longas e estressantes, inerentes aos procedimentos terapêuticos da síndrome renal. Isso pode desencadear dúvidas sobre sua expectativa de vida, além de medo e outros sentimentos negativos (COUTINHO; COSTA, 2015).

De fato, o doente renal crônico encara uma drástica transformação em seu cotidiano, experimentando muitas limitações: tratamento doloroso, dieta controlada, mudanças na vivência familiar, modificações na vida profissional e social etc. Nesse sentido, pode ter pensamentos suicidas, o que leva a uma má percepção sobre sua saúde e à falta de esperança de melhorar sua qualidade de vida (SANTOS et al., 2013).

Os pacientes com DRC em idade produtiva são acometidos por essa questão, o que lhes causa isolamento social e sentimento de baixa autoestima, pois não sentem mais prazer em sair com os amigos devido às várias restrições causadas pelo tratamento (ALMEIDA; ALVES; SILVA, 2012).

Já os idosos aceitam melhor essa situação, e isso implica positivamente em sua qualidade de vida (ALMEIDA; ALVES; SILVA, 2012; SANTOS et al., 2013). Esse dado corrobora com a terceira fase de adaptação da hemodiálise de Levy (1977 apud BARBOSA; AGUILLAR; BOEMER, 1999). Os pacientes que estão iniciando o tratamento têm um sentimento de angústia e revolta quando se deparam com a doença e o novo estilo de vida com todas as limitações (ALMEIDA; ALVES; SILVA, 2012; RUDNICKI, 2014), reforçando a ideia da segunda fase de adaptação, onde há desesperança, desencanto e desencorajamento (LEVY, 1977 apud BARBOSA; AGUILLAR; BOEMER, 1999).

O impacto psicossocial de uma doença crônica, como a fase final da injúria renal, é intenso e merece atenção enquanto fator estressor, pois são comuns os sentimentos de revolta com o tratamento e a perda de estímulo à manutenção do equilíbrio, levando os pacientes a faltar às sessões de diálise, não respeitar as restrições hídricas, ingerir bebidas alcoólicas e até utilizar drogas (RUDNICKI, 2014).

Há, também, diminuição na capacidade funcional para a realização de atividades diárias simples, como tomar banho, vestir-se, levantar objetos, varrer a casa e subir escadas, como consequência de uma fraqueza generalizada, com perda de força, levando o indivíduo a ter intolerância a atividades físicas (CAVEIÃO et al., 2017).

Nesse sentido, faz-se necessário ressignificar os acontecimentos, por meio do incentivo a adesão de sentimentos positivos, como a esperança, por exemplo, a fim de capacitar o paciente renal crônico dialítico ao enfrentamento otimista da doença, auxiliando-o no restabelecimento de sua saúde, para que continue lutando por sua sobrevivência:

É a esperança na recuperação da saúde que leva o paciente a percorrer longas distâncias em busca do árduo tratamento para sua doença, a submeter-se a incansáveis procedimentos invasivos, a mudar seu estilo de vida, sua rotina, e a permanecer, ainda que debilitado, em tratamento (OTTAVIANI et al., 2014, p. 249).

Em última instância, a esperança nos ajuda a nos posicionar de uma maneira positiva nas diversas situações da vida. É um sentimento condutor de emoções, capaz de proporcionar bem-estar e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, principalmente dos que se encontram em tratamento de doenças crônicas e/ou graves (MARTINS; MESTRE, 2014).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para alcançar os objetivos propostos por este trabalho, optou-se por realizar um estudo de caráter exploratório e descritivo, tendo como base uma abordagem quanti-qualitativa, que combina aspectos quantitativos e qualitativos em uma mesma pesquisa. Sua utilização tem sido uma crescente tendência nas investigações da área de enfermagem (CRESWELL; CLARK, 2013).

O método qualitativo é quando se estuda a história, as relações, as representações, as crenças, as percepções e as opiniões, que são produtos das interpretações que as pessoas fazem do modo como vivem, constroem seus artefatos (e a si mesmas), se sentem e pensam (MINAYO, 2006).

Pode-se dizer que o objeto por excelência de um estudo de caráter qualitativo é a ação interpretada, simultaneamente, pelo pesquisador e pelos sujeitos da pesquisa. É daí que vem a importância da linguagem e das conceituações que devem dar conta do objeto “vivido” ou “analisado” (POUPART et al., 2008).

Já o estudo de caráter quantitativo, de acordo com Gil (2008), constitui-se como um importante auxílio para as investigações sociais, pois, apesar de não poderem ser consideradas uma verdade absoluta, são dotadas de uma boa probabilidade de serem verdadeiras. Com a utilização de testes estatísticos, torna-se possível determinar numericamente a probabilidade de acerto de conclusões e a margem de erro de um valor obtido. Tendo em vista que esse método possui um razoável grau de precisão, torna-se bastante aceito por pesquisadores.

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital público do Distrito Federal (DF), o qual possui uma clínica de nefrologia e realiza tratamento de hemodiálise e acompanhamento de diálise peritoneal.

A clínica possui 28 máquinas de hemodiálise, no entanto, devido à falta de recursos humanos, apenas 20 estão em uso. O atendimento ao público que necessita de hemodiálise é realizado em quatro turnos: manhã, tarde, início da noite e madrugada. Já os acompanhamentos de diálise peritoneal são efetuados uma vez por semana, geralmente às quartas-feiras. Durante a fase de coleta de dados desta pesquisa, ou seja, entre setembro e dezembro de 2018, 88 pacientes realizaram hemodiálise e 55 participaram do acompanhamento de diálise peritoneal.

A assistência ao paciente renal crônico dialítico, no referido hospital, é realizada por uma equipe multiprofissional, que engloba enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogos e nutricionistas.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo os pacientes renais crônicos que realizam hemodiálise ou diálise peritoneal na clínica de nefrologia do referido hospital público localizado no DF, independentemente do tempo de tratamento. Durante a fase de coleta de dados, entre setembro e outubro de 2018, havia 143 pacientes ativos nessa clínica, sendo 88 em hemodiálise e 55 em diálise peritoneal.

Os enfermeiros que integram a equipe de hemodiálise e diálise peritoneal da clínica de nefrologia do referido hospital também participaram como sujeitos do estudo. No período da coleta de dados, a equipe era composta por um total de 11 enfermeiros: oito atuavam na hemodiálise, dois atuavam na diálise peritoneal e um profissional atuava na supervisão.

3.3.1 Critérios de inclusão dos participantes

Para serem incluídos nesta pesquisa, os pacientes deveriam ter idade mínima de 18 anos, portar doença renal crônica e realizar hemodiálise ou diálise peritoneal na clínica de nefrologia do referido hospital público.

Por sua vez, para serem incluídos nesta pesquisa, os enfermeiros deveriam estar lotados na clínica de nefrologia do referido hospital público.

3.3.2 Critérios de exclusão dos participantes

Foram excluídos os pacientes que não apresentavam estado mental cognitivo preservado.

Em relação aos enfermeiros, foram excluídos aqueles que estavam afastados do trabalho durante o período da coleta de dados (motivos: licenças, férias etc.).

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de quatro instrumentos: 1) questionário com perguntas abertas e fechadas, que teve como objetivo delinear o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes (Apêndice A); 2) aplicação da Escala de Esperança de Herth (EEH) (Anexo A), composta por 12 itens afirmativos; 3) questionário para delineamento do perfil dos

enfermeiros (Apêndice A); 4) entrevista semiestruturada, aplicada aos enfermeiros (Apêndice D).

3.4.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico dos pacientes foi composto por 15 itens, com objetivo de conhecer as seguintes informações acerca desses participantes: nome, idade, sexo, etnia, situação atual de trabalho, estado civil, religião, procedência, com quem mora, se possui filhos ou não, tempo de tratamento, tipo de tratamento que realiza (hemodiálise ou diálise peritoneal), tipo de acesso vascular, se está inscrito ou não na lista de transplante renal e causa da doença renal crônica.

Esse instrumento foi desenvolvido para utilização nesta pesquisa, com base nos objetivos do estudo.

3.4.2 Escala de Esperança de Herth

A Escala de Esperança de Herth (EEH) foi elaborada por Herth (1992), originalmente chamada de *Herth Hope Index*. Teve sua adaptação cultural e validação para a língua portuguesa por Sartore, em 2007. A EEH tem por objetivo quantificar a esperança em indivíduos em situações clínicas (SARTORE; GROSSI, 2008).

Essa escala possui 12 itens afirmativos. A graduação de seus itens ocorre por meio de escala do tipo Likert, de quatro pontos: 4 indica “concordo completamente” e 1 indica “discordo completamente”. Há dois – itens 3 e 6 – que apresentam escores invertidos. O escore total varia de 12 a 48 pontos e, quanto maior for, mais alto será o nível de esperança de vida. É uma escala considerada breve (leva, em média, dez minutos para ser preenchida) e de fácil compreensão (HERTH, 1992; ORLANDI et al., 2012).

Os itens da escala são compostos pelas seguintes afirmativas: 1) Eu estou otimista quanto à vida; 2) Eu tenho planos a curto e a longo prazo; 3) Eu me sinto muito sozinho(a); 4) Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades; 5) Eu tenho uma fé que me conforta; 6) Eu tenho medo do meu futuro; 7) Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos; 8) Eu me sinto muito forte; 9) Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor; 10) Eu sei onde eu quero ir; 11) Eu acredito no valor de cada dia; 12) Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.

A Escala de Esperança de Herth foi escolhida por esta pesquisa porque é um instrumento já validado, por dois profissionais enfermeiros, para utilização no Brasil, para pacientes em situações clínicas (doentes crônicos, oncológicos e/ou em cuidados paliativos e cuidadores

familiares) e para o planejamento de intervenções no âmbito dos serviços de enfermagem. A confiabilidade foi verificada por meio de análise de consistência interna representada pelo coeficiente alpha de Cronbach de 0,834, o que demonstra uma alta confiabilidade do instrumento (SARTORE; GROSSI, 2008).

3.4.3 Delineamento do perfil dos enfermeiros e entrevista semiestruturada

O questionário de identificação do perfil dos profissionais enfermeiros foi composto pelos seguintes itens: nome, idade, sexo, estado civil, religião, tempo de profissão e de contribuição na clínica de nefrologia e se possui pós-graduação ou não na área de enfermagem.

O roteiro utilizado na entrevista semiestruturada foi construído com base no objetivo principal deste estudo, a saber: investigar a percepção dos enfermeiros acerca da importância do aspecto da esperança no contexto do tratamento da doença renal crônica dialítica.

As questões norteadoras abertas foram elaboradas com o objetivo de “guiar” os enfermeiros a discorrer sobre o assunto, abordando temas como: o entendimento desses profissionais sobre a esperança, o papel que esse sentimento desempenha na própria vida, a importância da esperança para os pacientes renais crônicos dialíticos e as práticas empregadas para promover ou manter a esperança nesses indivíduos.

Minayo (2006) define entrevista como sendo uma conversa do pesquisador com outra pessoa (ou entre vários indivíduos), realizada inicialmente por um entrevistador, com finalidade de construir informações pertinentes para um objeto de estudo. Em última instância, são conversas com finalidade específica e se caracterizam pela forma como são organizadas. A entrevista semiestruturada possui perguntas abertas e fechadas, por meio das quais o entrevistado pode falar sobre o tema em questão, sem se prender ao roteiro pré-formulado pelo entrevistador (MINAYO, 2006).

A entrevista qualitativa fornece dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os participantes e os contextos em que estão inseridos. Seu objetivo principal é tentar compreender crenças, atitudes, valores e motivações relacionados ao comportamento das pessoas envolvidas em contextos sociais específicos (BAUER; GASKELL, 2002). A percepção dos participantes e de suas diversidades visa elucidar a variedade das perspectivas dos indivíduos, atreladas aos seus significados sociais e subjetivos (FLICK, 2009).

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada de acordo com as seguintes etapas:

Etapa 1: a pesquisadora foi até a clínica de nefrologia do referido hospital público do Distrito Federal para conhecer e registrar em notas a rotina dos pacientes que realizam hemodiálise, os agendamentos de consulta dos pacientes em diálise peritoneal e a escala mensal de serviço dos enfermeiros.

Etapa 2: no primeiro contato direto com os pacientes e enfermeiros, a pesquisadora apresentou e explicou os objetivos, os procedimentos, os riscos e os benefícios deste estudo, convidando-os a participar.

Inicialmente, aplicamos um questionário de avaliação sociodemográfico junto aos pacientes e, posteriormente, a Escala de Esperança de Herth (EEH). Os pacientes em hemodiálise foram abordados durante a sessão de tratamento, que dura em torno de duas a quatro horas. Aqueles que fazem diálise peritoneal foram abordados antes ou eventualmente após a consulta de acompanhamento.

Etapa 3: após concluir a coleta de dados dos pacientes, a pesquisadora iniciou a coleta de dados dos enfermeiros. Primeiramente, foi marcado um horário que mais se adequasse à rotina dos profissionais. Antes da entrevista, a pesquisadora aplicou um questionário para conhecer o perfil dos enfermeiros. A entrevista foi realizada na própria clínica, em uma sala reservada, tendo sido executada pela pesquisadora e gravada com o consentimento dos participantes. A duração média de cada entrevista foi de 10 a 15 minutos.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados por meio da Escala de Esperança de Herth foram digitados em uma planilha formatada no programa Excel e transportados para o *software* “R Project for Statistical Computing”, versão 3.4, que é um ambiente de *software* livre para computação estatística e gráficos. Para a análise descritiva dos dados, calculou-se as medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e de dispersão (desvio-padrão). Os itens 3 e 6 da escala foram analisados de maneira invertida.

As entrevistas feitas com os enfermeiros foram transcritas, formatadas e submetidas à análise de conteúdo com o auxílio do *software* ALCESTE (“Analyse Lexicale par Contexte d’un Ensemble de Segments de Texte”). O ALCESTE é um programa francês, criado em 1986,

que possibilita analisar eletronicamente dados textuais provenientes de entrevistas, artigos, obras literárias etc.

Nessa ferramenta, o objetivo é quantificar um texto para extrair as estruturas mais significativas, sendo considerado válido um critério de frequência mínima. Então, infere-se que, onde há alta recorrência e valores de X^2 significativos, existe núcleo de sentido potencialmente válido (SHIMIZU; LIMA, 2009). Posteriormente, as categorias compostas pelos enunciados representativos são extraídas e representadas graficamente, a partir de uma análise fatorial por correspondências (ROCHA et al., 2011).

Esse *software* fornece o dendograma da classificação hierárquica descendente, em que as categorias formadas são representadas e comparadas com seu grau de ocorrência e semelhança (FONSECA, 2010).

Com a finalidade de proceder ao estudo da comparação do valor da EEH entre os pacientes que realizam hemodiálise e diálise peritoneal, foi aplicado o teste de Mann-Whitney. Esse é um teste não paramétrico, o qual confere se duas amostras distintas pertencem à mesma população (ULIANA et al., 2015). Foram considerados estatisticamente significantes os valores de p inferiores a 0,05.

Para a análise temática do conteúdo e a caracterização das categorias geradas, adotamos os principais conceitos da teoria da esperança de Snyder – *agency* (energia dirigida por um objetivo [*goals*]) e *pathway* (planejar para atingir um objetivo), entre outros teóricos que descrevem a esperança nessa linha de pensamento.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo obteve aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília (UnB), CAAE nº 89778518.8.0000.0030 (Anexo C), e da Faculdade de Ciências da Saúde (FEPECS) do Distrito Federal (DF), CAAE nº 89778518.8.3001.5553 (Anexo B), número de parecer 2.849.218, em estrita observância à Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), garantindo aos sujeitos da pesquisa a preservação de seus dados e a confidencialidade de sua participação.

Os participantes – pacientes renais crônicos dialíticos e enfermeiros – foram convidados a participar desta pesquisa após serem informados sobre os objetivos da investigação e os procedimentos de coleta de dados. Após concordância verbal em participar, foi entregue um

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices B e C), o qual foi assinado pelos participantes do estudo e pela pesquisadora. Esse termo seguiu as recomendações da Resolução n. 466/2012 do CNS, ora referida, assegurando amparo sob quaisquer constrangimentos e/ou riscos de desconforto ou inconvenientes.

Os riscos físicos foram mínimos, visto que a pesquisa não envolveu nenhum tipo de tratamento experimental. No que concerne aos riscos psíquicos, caso houvesse qualquer desconforto psicológico durante a entrevista, o participante seria acolhido, e os serviços de psicologia poderiam ser acionados como auxílio. Nesse caso, a entrevista seria interrompida e, se necessário, haveria o acompanhamento de um psicólogo.

A pesquisadora se comprometeu com a manutenção do sigilo dos dados dos sujeitos participantes do estudo, com a garantia de que danos previsíveis fossem evitados e com a minimização de ônus para esses indivíduos. Caso ocorresse alguma intercorrência no decorrer da pesquisa, esta poderia ser encerrada ou até mesmo suspensa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES: PACIENTES

A caracterização dos 122 pacientes que realizam hemodiálise ou diálise peritoneal na clínica de nefrologia do referido hospital público em que esta pesquisa foi realizada se encontra na tabela a seguir.

Tabela 2 – Caracterização dos pacientes da clínica de nefrologia

Variáveis	N	%
Sexo	Masculino: 71	58,2
	Feminino: 51	41,8
Etnia	Branca: 46	37,7
	Negra: 32	26,2
	Parda: 44	36
Situação atual de trabalho	Aposentado/Recebe auxílio INSS: 86	70,4
	Não trabalha: 11	9,02
	Ativos: 7	5,74
	Outros: 18	14,83
Estado civil	Casado: 55	45,08
	União estável: 11	9,02
	Solteiro: 24	19,67
	Viúvo: 17	13,93
	Divorciado: 15	12,3
Religião	Católico: 59	48,36
	Evangélico: 40	32,79
	Sem religião: 17	13,93
	Espírita: 5	4,1

	Budista: 1	0,82
Procedência	Distrito Federal: 24	19,67
	Bahia: 18	14,75
	Piauí: 16	13,11
	Minas Gerais: 10	8,2
	Goiás: 9	7,38
	Ceará: 7	5,74
	Maranhão: 7	5,74
	Pernambuco: 7	5,74
	Outros: 24	19,6
Mora com quem	Cônjuge + filho: 37	30,33
	Cônjuge: 25	20,49
	Filho(s): 24	19,67
	Sozinho: 11	9,02
	Mãe: 4	3,28
	Cônjuge + filho + neto: 3	2,46
	Mãe e irmão: 3	2,46
	Irmão: 2	1,64
	Outros: 13	10,65
Possui filhos	Sim: 105	86,07
	Não: 17	13,93
Tipo de tratamento (HD ou DP)	Hemodiálise: 71	58,2
	Diálise peritoneal: 51	41,8
Acesso vascular	CDL: 54	43,9
	Tenckhoff: 51	41,46

	FAV: 14	11,38
	Permicath: 3	2,44
	Translombar: 1	0,81
Inscrição na lista de transplante	Sim: 9	7,5
	Não: 111	92,5
Causas da doença renal crônica (DRC)	Diabetes: 52	31,3
	Hipertensão: 39	23,49
	Doenças cardíacas: 3	1,81
	Não sabe informar: 32	19,2
Tempo de tratamento	1-12 meses: 72	60
	13-24 meses: 16	13,33
	25-36 meses: 11	9,17
	37-48 meses: 2	1,67
	49-60 meses: 3	2,5
	61 ou mais: 16	13,33

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

A população estudada constitui-se de 143 pacientes renais crônicos em tratamento dialítico na clínica de nefrologia de um hospital público do Distrito Federal (DF). Foram excluídos 21 deles devido aos seguintes motivos: portador de doença renal aguda, não aceitar participar da pesquisa, estado mental/cognitivo alterado e idade menor que 18 anos.

Em relação ao sexo, 71 (58,2%) pacientes eram do sexo masculino e 51 (41,8%) do sexo feminino. A faixa etária variou entre 18 e 85 anos, com média de idade de 56,8 anos, com mais indivíduos situados no intervalo de 48 a 70 anos, sendo, então, considerada uma população adulta.

O perfil dos pacientes participantes desta pesquisa corrobora com os dados de outros estudos realizados com pacientes renais crônicos dialíticos. Houve predomínio de indivíduos do sexo masculino e com idade entre 19 e 89 anos (ORLANDI et al., 2012; OTTAVIANI et al.,

2014; SILVA; PAIVA; ALMEIDA, 2017; FERREIRA et al., 2018; LEIMIG et al., 2018). O “Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica”, do ano de 2017, aponta predomínio do sexo masculino entre os pacientes que realizam hemodiálise no país (THOMÉ et al., 2018). Esse dado pode indicar que o sexo masculino é mais propenso a desenvolver esse tipo de patologia (ORLANDI et al., 2012).

Entretanto, outro estudo revelou uma prevalência de 80% do sexo feminino entre os pacientes que realizam hemodiálise no Brasil. No entanto, é necessário ressaltar que a referida pesquisa foi realizada junto a idosos, e é sabido que, na atualidade, as mulheres vivem em torno de oito anos a mais que os homens, representando cerca de 55% da população idosa brasileira atual, o que talvez tenha influenciado esse resultado (OLIVEIRA et al., 2018).

Quanto ao estado civil, 66 (54,1%) participantes eram casados e/ou estavam em união estável, seguidos de 24 (19,67%) solteiros, 17 (13,93%) viúvos e 15 (12,3%) divorciados, o que confirma o achado de outros estudos e evidencia que a maioria dos pacientes dialíticos, de fato, ou são casados, ou mantêm união estável (OTTAVIANI et al., 2014; SILVA et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2018).

Em relação a filhos, 105 (86%) participantes possuíam filhos e 64 (52,36%) residiam com eles, ou seja, a maioria dos participantes possuíam filhos que residem com eles. Esses dados sugerem que os pacientes, muito provavelmente, possuem um vínculo social que os auxiliam no enfrentamento da doença. Nesse sentido, cabe ressaltar que um suporte social/afetivo é de extrema importância para o indivíduo que se encontra nessa situação, pois favorece melhor aceitação com relação à doença e ao tratamento (LOPES, 2014).

Quanto à etnia, a maioria dos participantes desta pesquisa eram brancos 46 (37,7%), seguidos dos pardos, 44 (36%). Outros estudos que abordam o tema também apontam prevalência da etnia branca entre os pacientes dialíticos (ORLANDI et al., 2012; LOPES, 2014; OTTAVIANI et al., 2014; SILVA et al., 2017). No entanto, apesar disso, sabe-se que os negros têm maior predisposição à hipertensão e à insuficiência renal. Portanto, os resultados desses estudos não apresentam evidências conclusivas, visto que, no Brasil, há uma miscigenação racial muito grande, havendo a possibilidade de que os brancos tenham traços genéticos da raça negra – o que realmente proporciona predisposição a desenvolver essas doenças (VARGA; CARDOSO, 2016).

As duas maiores causas da DRC, de acordo com o censo de 2017 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), continuam sendo o diabetes e a hipertensão arterial. Nesta pesquisa,

observou-se que a maioria dos participantes apresentam diabetes e hipertensão como as principais causas da doença renal crônica, o que corrobora também com outros estudos realizados sobre o tema (LOPES, 2014; GOMES et al., 2018; LEIMIG et al., 2018; THOMÉ et al., 2018).

No que concerne ao tipo de tratamento, a maioria dos pacientes 71 (58,2%) realizavam hemodiálise e 51 (41,8%) realizavam diálise peritoneal. Nesse sentido, as informações corroboram com as disponibilizadas pelo censo de 2017 da SBN, segundo o qual, no Brasil, 93,1% dos pacientes com DRC se submetem à hemodiálise e 6,9% à diálise peritoneal, sendo que a diálise peritoneal automatizada (DPA) é a predominante (THOMÉ et al., 2018). Em contrapartida, observa-se um grande número de pacientes que realizam diálise peritoneal nessa unidade de nefrologia, devido ser um centro de referência para esse tipo de tratamento.

Dos pacientes que realizavam diálise peritoneal, 51 (100%) usam o cateter de Tenckhoff. Já entre os pacientes que realizavam hemodiálise, 58 (47,15%) usavam o cateter venoso central e 14 (11,3%) a fístula arteriovenosa (FAV). Dos pacientes que realizavam diálise peritoneal, todos usavam cateter de Tenckhoff, visto ser esta a via de acesso para esse tipo de diálise (RIELLA, 2010). Já entre aqueles que realizavam hemodiálise, a minoria usava FAV. Em contraponto, alguns estudos apontam que o uso da FAV é o mais comum de ocorrer (ORLANDI et al., 2012; SILVA et al., 2017). Por outro lado, o percentual de pacientes que realizam hemodiálise por cateter venoso central tem aumentado ao longo dos últimos anos devido a um maior uso de cateteres de longa permanência (*permcath*) (SESSO et al., 2017), o que não corrobora com os dados obtidos por esta pesquisa, visto que havia apenas três pacientes fazendo uso desse cateter e outros 54 de cateteres de curta permanência (CDL). Isso pode ser justificado devido à maioria dos pacientes terem iniciado recentemente o tratamento dialítico. A média de tempo de tratamento encontrada nesta pesquisa foi de 26 meses, com concentração maior de pacientes no primeiro ano de tratamento.

É importante destacar as diferenças existentes entre as rotinas de ambos os grupos. Os pacientes que realizam diálise peritoneal não necessitam ir até a clínica de hemodiálise três vezes por semana, embora precisem: 1) implantar um cateter na região abdominal; 2) adequar seu domicílio para a realização do procedimento; 3) estabelecer horários, hábitos de vida e planejamentos rigorosos em sua rotina; 4) contar com a participação de agentes facilitadores para ajudar a instalar e retirar a diálise. Em geral, esses agentes são familiares e/ou pessoas próximas, o que implica tessitura de um apoio que envolve mudanças não são só em relação ao

próprio paciente, mas também à disponibilidade desses agentes que estão mais próximos a ele para auxiliá-lo (SANTOS; VALADARES, 2013).

Há uma perspectiva de que os pacientes em diálise peritoneal tenham um nível de esperança mais elevado que os pacientes que estão em hemodiálise, pelo fato de dialisarem em casa. A depender da modalidade, no período noturno, dispõem de mais tempo para desenvolver atividades diárias sociais. Um estudo sobre o domínio do autocuidado indica que os pacientes em DP são favorecidos por haver menor prejuízo nas atividades diárias e maior tempo livre, ocasionando o mínimo de mudanças em sua rotina (REIS et al., 2016).

Quanto à inscrição em lista de transplante renal, observou-se que apenas nove (7,5%) pacientes estavam inscritos nela. Essa constatação vai ao encontro de um estudo no qual, dos 60 pacientes pesquisados, somente 12 estavam inscritos na lista de transplante (FERREIRA et al., 2018). Observou-se, nesse estudo, que os pacientes inscritos na lista de transplante (em sua maioria, jovens e em idade produtiva) possuíam um nível de esperança menor que os pacientes que não estavam inscritos. Isso sugere que os pacientes que não estão inscritos se sentem seguros e adaptados à hemodiálise. Nesse sentido, é importante salientar que o transplante exige muitos cuidados, como, por exemplo, o uso de vários medicamentos. Além disso, há riscos de complicações, inclusive de morte, caso o rim doado seja rejeitado pelo organismo do receptor (PAULETTO et al., 2016; FERREIRA et al., 2018). Dessa forma, esses aspectos podem funcionar como impeditivos de adesão à lista de transplante.

Em relação à situação atual de trabalho dos pacientes participantes desta pesquisa, a maioria, 86 (70,48%), estava aposentada ou recebia auxílio do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), 11 (9,02%) não trabalhavam e/ou não recebiam qualquer retorno financeiro do governo e 25 (20,49%) estavam ativos. Essa situação é similar à apontada em alguns estudos sobre o assunto (ORLANDI et al., 2012; OTTAVIANI et al., 2014; FERREIRA et al., 2018; LEIMIG et al., 2018). Nesse sentido, é importante ressaltar que o trabalho é a condição básica para a independência e a liberdade dos indivíduos, fazendo parte da identificação de cada pessoa. Em função da doença e do tratamento, muitas vezes os pacientes precisam parar de trabalhar, o que influencia negativamente na sua qualidade de vida (LOPES, 2014).

No que concerne à religião, a maioria, 59 (48,3%), era católica, 40 (32,7%) eram evangélicos e 17 (13,9%) não seguiam nenhuma religião. Outros estudos corroboram com esse achado, em que a maior parte da população em diálise é católica (LOPES, 2014; OTTAVIANI et al., 2014; SILVA et al., 2017; FERREIRA et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2018). No censo demográfico do IBGE de 2010, o total de indivíduos praticantes de alguma religião foi de

190.755.799 e, desse quantitativo, a maioria (123.280.172) era católica, o que corrobora com os estudos apresentados.

A procedência dos pacientes era diversificada. Uma pequena parte era proveniente do Distrito Federal – 24 (19,6%) –, e o restante de outros estados: 18 (14,7%) da Bahia, 16 (13,1%) do Piauí, 10 (8,2%) de Minas Gerais, 9 (7,38%) do Goiás, dentre outros estados, como Ceará, Maranhão e Pernambuco, o que predispõe essa unidade de nefrologia a ser um centro de referência para o tratamento de pacientes com doença renal crônica.

No tocante ao tempo de tratamento, a maioria, 72 (60%), estava entre 1 e 12 meses em tratamento, 16 (13%) entre 13 e 24 meses e 16 (13%) com 61 meses ou mais, resultando em uma média de 25,7 meses. A média de tempo de tratamento encontrada nesta pesquisa assemelha-se à média de tempo encontrada por Orlandi et al. (2012), a saber, 26 meses. Esse fato pode estar ligado ao nível de esperança encontrado no presente estudo, visto que a maioria dos pacientes iniciaram o tratamento dialítico há pouco tempo.

O nível de esperança dos participantes desta pesquisa, avaliado pela Escala de Esperança de Herth (EEH), alcançou um escore médio total de 39,79 (\pm 5,3) e uma mediana de 41. A variação da pontuação total obtida foi de 24 a 48 (Tabela 3). Os valores encontrados no presente estudo, quando comparados a achados de outras pesquisas, podem ser considerados elevados, portanto, considera-se que o nível de esperança dos pacientes é alto.

Tabela 3 – Estatística descritiva dos escores da Escala de Esperança de Herth por itens e total

Questões	Média (DP)	Mediana	Varição obtida	Varição específica
1. Eu estou otimista quanto à vida.	3.42 (0.9)	4	1-4	1-4
2. Eu tenho planos a curto e longo prazo.	2.65 (1.1)	3	1-4	1-4
3. Eu me sinto muito sozinho(a).	2.96 (1.2)	3	1-4	1-4
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades.	3.27 (0.8)	3	1-4	1-4
5. Eu tenho uma fé que me conforta.	3.79 (0.5)	4	1-4	1-4
6. Eu tenho medo do meu futuro.	3.12 (0.9)	3	1-4	1-4
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.	3.56 (0.9)	4	1-4	1-4

8. Eu me sinto muito forte.	3.15 (1)	3	1-4	1-4
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor.	3.62 (0.7)	4	1-4	1-4
10. Eu sei onde eu quero ir.	2.88 (1.1)	3	1-4	1-4
11. Eu acredito no valor de cada dia.	3.74 (0.5)	4	2-4	1-4
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.	3.63 (0.7)	4	1-4	1-4
Total:	39,79 (±5,3)	41	24-48	12-48

Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2019).

De cinco estudos encontrados em revisão de literatura com a aplicação da EEH junto a pacientes renais crônicos dialíticos (figura 3), quatro apresentaram escores menores que os escores encontrados por esta pesquisa (39,79) (ORLANDI et al., 2012; OTTAVIANI et al., 2014; SILVA et al., 2017; FERREIRA et al., 2018; LEIMIG et al., 2018). Apenas um estudo, realizado em Florianópolis, em duas clínicas de diálise diferentes, obteve um escore de 44,6 (FERREIRA et al., 2018). Portanto, o maior entre os estudos realizados com a mesma abordagem (ORLANDI et al., 2012; OTTAVIANI et al., 2014; SILVA et al., 2017; FERREIRA et al., 2018; LEIMIG et al., 2018).

Figura 3 – Estudos que utilizaram a Escala de Esperança de Herth junto a pacientes renais crônicos dialíticos

Estudo realizado em hospital público do Distrito Federal (2019):				
- 122 participantes				
- Hemodiálise e diálise peritoneal				
- EEH: 39,79				
Orlandi et al. (2012): - São Paulo, São Carlos - 50 participantes - Hemodiálise - EEH: 36,20	Ottaviani et al. (2014): - São Paulo, São Carlos - 127 participantes - Hemodiálise - EEH: 38,06	Silva et al. (2017): - Minas Gerais, Itajuba - 60 participantes - Hemodiálise - EEH: 37,06	Ferreira et al. (2018): - Florianópolis - 60 participantes - Hemodiálise - EEH: 44,06	Leimig et al. (2018): - Recife - 139 participantes - Hemodiálise - EEH: 35

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Uma pesquisa feita com 50 idosos que realizavam hemodiálise no interior de São Paulo, na cidade de São Carlos, encontrou um score da EEH de 36,20 (ORLANDI, et al., 2012). Também realizada na cidade de São Carlos, no interior de São Paulo, com 127 pacientes maiores de 18 anos, a pesquisa de Ottaviani et al. (2014) encontrou um score da EEH de 38,06, o que pode sugerir certa vulnerabilidade do nível de esperança entre a população idosa.

A comparação entre estudos realizados com adultos aponta que o perfil clínico e a vulnerabilidade física do paciente podem influenciar o nível de esperança. Uma pesquisa feita na cidade de Itajubá, em Minas Gerais, com 60 pacientes maiores de 18 anos em programa de hemodiálise, apresentou um escore da EEH de 37,06 (SILVA et al., 2017), enquanto um estudo realizado no Recife, com 139 pacientes, apresentou um score da EEH de 35 (LEIMIG et al., 2018). Observou-se que o menor escore da EEH tinha relação com pacientes que apresentavam baixa qualidade de vida no domínio físico, embora exibissem percentuais mais elevados nos domínios da religiosidade/espiritualidade e nas relações sociais (LEIMIG et al., 2018).

No presente estudo, o item de número 2 (Tabela 3) (“Eu tenho planos a curto e longo prazo”) da Escala de Esperança de Herth foi o que obteve a pontuação mais baixa (2,65), ou seja, a maioria dos participantes discordaram da afirmativa, dado que corrobora com outros estudos realizados com pacientes em hemodiálise (ORLANDI et al., 2012; OTTAVIANI et al., 2015). Por outro lado, em pesquisa realizada por Ferreira et al. (2018), esse item obteve o maior escore da EEH, sendo que o item de menor pontuação (2,86) foi o de número 6 (“Eu tenho medo do meu futuro”), o que difere de outro estudo no qual a maior pontuação (3,82) foi exatamente nesse item (OTTAVIANI et al., 2014). Já o item de maior pontuação da presente pesquisa foi o de número 5 (“Eu tenho uma fé que me conforta”), assim como no estudo de Orlandi et al. (2012), o que revela que alguns pacientes têm dificuldade em realizar planos, visto que têm medo do futuro. Cabe ressaltar que a falta de planos futuros é preocupante, pois pode sinalizar um esvaziamento do sentido da existência. Talvez os recursos proporcionados pela fé religiosa ajudem a minimizar essa situação. De acordo com Koenig (2012), sabe-se que o envolvimento religioso está relacionado a maiores indicadores de saúde mental e bem-estar.

Segundo Andrade (2018), a fé traz conforto e, por isso, é um fator essencial para o tratamento e o enfrentamento de doenças. Para esse autor, a fé religiosa é percebida como uma crença em algo superior e transcendental, que tem influência direta no bem-estar, na aceitação do tratamento e na redução do stress. Nesse sentido, pesquisas que apontam o segmento do cristianismo (católicos e evangélicos) e/ou de outras religiões, quando praticantes, justificam a religião como fator de melhoria no tratamento e na qualidade de vida (ANDRADE, 2018). No

presente estudo, a abordagem da fé e da religiosidade é relevante, pois observou-se que 85% dos participantes declararam seguir uma religião, sendo assim, ocupa papel importante na vida de pacientes em tratamento dialítico.

Em um estudo realizado com pacientes crônicos de uma unidade de cuidados continuados, houve o predomínio de pacientes com um nível de esperança reduzido. O perfil sociodemográfico revelou pacientes com idade avançada, pouca escolaridade e baixa renda familiar. Por sua vez, o perfil clínico deles envolvia prejuízos físicos e emocionais. Por fim, o perfil psicossocial era de pacientes com má qualidade de vida. Muitos deles apresentavam insônia, uma característica que os levava à desesperança (MARTINS et al., 2017).

Com relação ao perfil sociodemográfico dos pacientes desta pesquisa, observou-se o predomínio de indivíduos em idade adulta e aposentados. No que diz respeito ao perfil psicossocial, a maioria dos pacientes consideravam os familiares e a religiosidade como um suporte de apoio eficaz para a manutenção da esperança. Esse resultado é similar ao de outros estudos que obtiveram um maior escore da EEH (44,06), se comparados os aspectos relacionados ao perfil dos pacientes, no que tange à idade, à aposentadoria, à religião e ao suporte de apoio. É importante destacar que os pacientes que possuem esse suporte apresentam um nível mais alto de esperança e de resiliência em relação aos pacientes que não contam com ninguém para ajudá-los durante o tratamento (FERREIRA et al., 2018).

Para a análise comparativa entre as variáveis (pacientes em hemodiálise e pacientes em diálise peritoneal), realizada por meio do teste de Mann-Whitney, obteve-se *p*. com valor igual a 0,407. Esse resultado aponta que não houve diferença significativa entre os níveis de esperança desses dois grupos. O grupo de diálise peritoneal obteve um escore médio da EEH de 40,31, enquanto o grupo de hemodiálise obteve um escore médio da EEH de 39,30.

No que diz respeito à comparação dessas variáveis, não houve diferença significativa entre os níveis de esperança dos pacientes em hemodiálise e dos pacientes em diálise peritoneal. Sendo assim, deduz-se que, com relação a esse aspecto, ambos os grupos têm uma tendência a apresentar um nível de esperança elevado. Cabe ressaltar que não se encontrou na literatura científica nacional e internacional qualquer estudo correlacional do nível de esperança de pacientes em hemodiálise (HD) e de pacientes em diálise peritoneal (DP).

Uma revisão bibliográfica feita por Reis et al. (2016), que comparou a qualidade de vida de pacientes que realizam hemodiálise e de pacientes que realizam diálise peritoneal, mostrou não haver diferenças significativas entre as modalidades de tratamento, no tocante a esse

aspecto. Em contrapartida, o estudo de Gonçalves et al. (2015) evidenciou que pacientes em HD têm mais qualidade de vida que pacientes em DP, visto que os quesitos da função emocional e física foram superiores nos indivíduos que realizam DP. A variável elevada dos pacientes em DP, que contribui de forma relevante no cotidiano do sujeito, foi apenas a situação de trabalho (GONÇALVES et al., 2015).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES: ENFERMEIROS

A presente pesquisa contou, inicialmente, com a participação de 11 enfermeiros da clínica de nefrologia de um hospital público do Distrito Federal, sendo que dois destes profissionais estavam afastados durante o período da coleta de dados. A caracterização desses participantes está disponibilizada na tabela a seguir.

Tabela 4 – Caracterização dos participantes enfermeiros

Variáveis		Total
Sexo	Mulher (8)	9
	Homem (1)	
Idade	31-39 anos (6)	6
	40-49 anos (1)	1
	50-57 anos (2)	2
Anos de profissão	4-10 anos (4)	4
	11-20 anos (4)	4
	30-35 anos (1)	1
Tempo de contribuição na clínica	Menos de 1 ano (2)	2
	2-10 anos (4)	4
	11-20 anos (2)	2
	20-30 anos (1)	1
Pós-graduação na área de enfermagem	Sim (9)	9
	Áreas de formação: 6 (nefrologia); 1 (enfermagem do trabalho); 1 (auditoria) e 1 (UTI).	
Estado civil	Casado (6)	6
	Solteiro (3)	3
Religião	Católica (7)	7

Evangélica (1)	1
Sem religião (1)	1

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Em relação ao sexo, oito participantes são do sexo feminino e apenas um do sexo masculino. A faixa etária variou entre 31 e 57 anos (média de idade de 42,7 anos), com mais participantes situados no intervalo de 31 a 39 anos, podendo ser considerada, então, uma população adulta.

Há muitas décadas, o setor de saúde é composto majoritariamente por mulheres. De acordo com Machado et al. (2015), a enfermagem tradicionalmente e culturalmente trouxe essa feminilização da saúde. Estudos apresentam o predomínio de mais de 85% do sexo feminino entre os profissionais enfermeiros, com faixa etária de 31 a 35 anos (MACHADO et al., 2015; SANTOS et al., 2017), dados que corroboram com os achados da presente pesquisa.

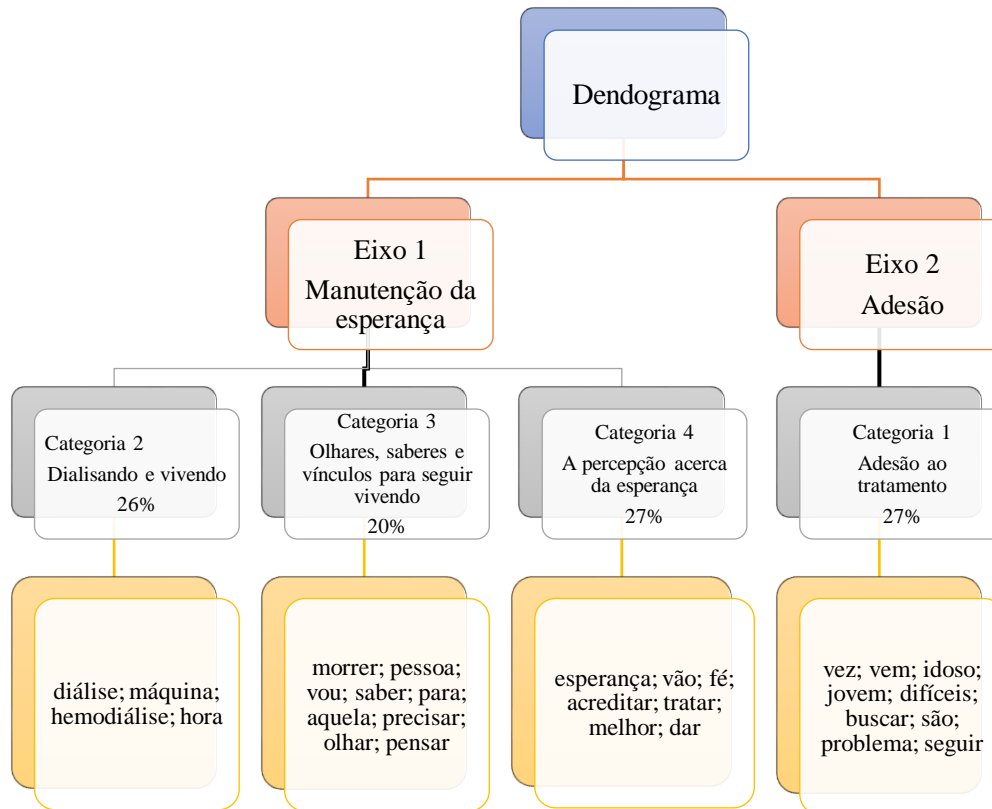
Com relação ao tempo de formação, observou-se uma população experiente, com média de 13,8 anos de formado e 8,7 anos de experiência na clínica de nefrologia.

A maioria dos participantes são casados e católicos, o que corrobora com a pesquisa de Santos e Vandenberghe (2013) e Santos et al. (2017). No tocante à especialização, 100% tem pós-graduação na área de enfermagem, dado que vai ao encontro de um estudo feito por Faria, Acioli e Gallasch (2016), em que a maioria dos profissionais da enfermagem também possuíam curso de especialização.

4.3 PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A ESPERANÇA

Quanto à análise realizada pelo *software* ALCESTE, foram identificadas 6.313 ocorrências de palavras no corpus. O programa efetuou a clivagem do corpus em 85 unidades de contexto elementares, que são os estratos das falas dos entrevistados. Estas foram inseridas nas quatro categorias, conforme demonstra o dendograma a seguir.

Figura 4 – Dendograma do corpus das entrevistas, organizado em dois eixos e quatro categorias



Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2019).

Da análise do conteúdo das entrevistas, emergiram dois eixos significativos. O primeiro eixo, denominado de “Manutenção da esperança”, foi composto pelas seguintes categorias: “Dialisando e vivendo”; “Olhares, saberes e vínculos para seguir vivendo” e “A percepção acerca da esperança”. Esse eixo faz menção às diversas estratégias utilizadas para o resgate (ou estímulo) do sentimento de esperança, ou seja, à necessidade da continuidade da vida, mesmo diante dos desafios, sob o ponto de vista dos enfermeiros acerca desse constructo. Nesse eixo, o somatório dos percentuais das categorias correspondeu a 73% do discurso, sinalizando, dessa maneira, sua importância no discurso dos enfermeiros.

As categorias desse eixo foram embasadas na teoria da esperança de Snyder e fazem referência às tecnologias em saúde (“dura”, “leve-dura” e “leve”). Cabe ressaltar que essas tecnologias estão longe de se referir apenas a máquinas e instrumentos. Nos processos de trabalho realizados nas intervenções assistenciais à saúde, é possível observar três tipos: 1) tecnologia dura: máquinas e equipamentos, normas, rotinas e estruturas organizacionais; 2) tecnologia leve-dura: refere-se aos saberes bem estruturados no processo de saúde (“leve” porque diz respeito ao saber adquirido pelas pessoas, isto é, são as formas de raciocinar nos casos de saúde e na maneira de planejar uma atuação sobre eles, mas “dura” porque que é um

saber-fazer bem estruturado, organizado, protocolado, normalizável e normalizado; 3) tecnologia leve: qualquer abordagem assistencial de um profissional da saúde prestada ao paciente, ou seja, é um processo de relações humanas, como momentos de conversas, escutas e interpretações, no qual a consequência é a acolhida ou não das intenções colocadas nesse encontro (MERHY, 1999).

Já o segundo eixo, denominado de “Adesão”, foi composto por apenas uma categoria, que recebeu o mesmo nome e diz respeito aos fatores que influenciam a adesão ao tratamento, sinalizando seus fatores facilitadores e dificultadores.

Eixo 1 – Manutenção da esperança

Categoria 2: Dialisando e vivendo

As palavras de maior destaque foram “diálise”, “máquina”, “hemodiálise” e “hora” e fazem referência às tecnologias dura e leve-dura que sustentam o processo de diálise e permitem a manutenção da vida cotidiana da pessoa com DRC.

A categoria representa 26% do total dos estratos originados, dizendo respeito às tecnologias dura e leve-dura e ao *goals* (“objetivos”) da teoria de Snyder: a esperança, sem um objetivo, não sobrevive. As metas e o planejamento das ações são a âncora da teoria da esperança (SNYDER, 1994; SNYDER, 2000) e podem ser considerados como as tecnologias leve-duras (MERHY, 1999). Não podemos pensar, sentir, desejar ou agir sem uma percepção dos nossos objetivos (SNYDER, 1994). Assim, dentro dessa perspectiva, observamos nas falas dos enfermeiros que os pacientes têm um objetivo em vista: continuar a viver, o que os impulsiona a continuar o tratamento, ainda que seja árduo e doloroso. E, para isso, eles contam com as máquinas de hemodiálise, que são as tecnologias duras (MERHY, 1999).

As máquinas representam o meio (ou instrumento) que permite ao portador de DCR a manutenção da vida. O procedimento confere alívio e conforto para a alma de quem se encontra sob uma espécie de “ameaça” de morte. Embora a hemodiálise não cure o paciente, ela permite manter a esperança para sustentar as atividades da vida diária e alcançar outros degraus, a exemplo do transplante de rim.

[...] Tem sua vida lá fora... Tem paciente que tem um bar, vende as coisas, tá? Você vem e faz duas horas de hemodiálise e vai viver sua vida, então, seis, sete, oito da manhã, você está livre, vai fazer sua vida, no outro dia, você volta seis, sete, oito [...] Então, o paciente vive a vida dele normal, faz duas horas de hemodiálise, com fistula ou cateter, dependendo da situação que ele está vivendo naquele momento e aí ele vai para casa ou vai trabalhar na empresa que ele é contratado ou para o governo [...] (ENF. 2).

Além da máquina, as ações educativas (tecnologia leve-dura) também contribuem para a preservação da vida. Para os portadores de doença renal crônica, a sensibilização para o autocuidado é fundamental, e as ações compreendem uma série de atividades permanentes que não podem ser delegadas. Apesar do tratamento, o paciente precisa manter o trabalho, sustentar a família e seguir uma rotina, mesmo que adaptada ao seu novo estilo de viver. O tempo dispensado ao tratamento, as consultas médicas, a criação de novos hábitos alimentares e hídricos e a mudança de rotina dos pacientes e de seus familiares podem resultar em uma fonte de sofrimento, do qual eles querem se libertar (MENDONÇA et al., 2018). Nesse enfoque, as tecnologias do cuidado com foco em ações educativas representam um caminho inovador e capaz de conferir valorização ao ser humano (PAIM et al., 2006).

Estudos apontam que pacientes em hemodiálise anseiam por aprender a fazer uma leitura correta sobre sua realidade, pois a adaptação a um novo estilo de vida é crucial para sua sobrevivência (QUEIROZ et al., 2008). Assim, o emprego das tecnologias leve-duras, como as rotinas institucionais e os modelos de autocuidado, permitem que, no dia a dia do paciente, sejam implementadas algumas metas para viver um dia de cada vez e com qualidade de vida.

[...] Você pode ter esperança de ter qualidade de vida, de ter outras atividades e junto com a diálise, então nada se resume só à diálise, você tem uma vida após a hemodiálise, né? (ENF. 9)

Pode-se depreender que os enfermeiros privilegiam a necessidade de manter uma rotina de vida saudável, na medida do possível, no âmbito do processo de tratamento de seus pacientes. Quando comparados, com relação ao trabalho, observa-se que os pacientes que fazem diálise peritoneal são mais ativos que os pacientes que fazem hemodiálise, visto que a maioria realiza a terapia de substituição renal no período noturno, o que favorece trabalhar durante o dia (GONÇALVES et al., 2015).

Um estudo feito com 33 pacientes em hemodiálise, que avaliou a qualidade de vida desses sujeitos por meio do exame de oito aspectos (“capacidade funcional”, “limitação por aspectos físicos”, “dor”, “estado geral de saúde”, “vitalidade”, “aspectos sociais”, “aspectos emocionais” e “saúde mental”), concluiu que as dimensões “capacidade funcional” e “aspectos sociais” tiveram os escores mais baixos para a qualidade de vida (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011).

É importante ter clareza que o diagnóstico da DRC causa impacto emocional no paciente, pois enfrentar o tratamento implica riscos de desenvolver patologias, não somente

físicas, mas também psicoafetivas, que refletem o medo de morrer, a tristeza, o desespero e o sofrimento (COUTINHO; COSTA, 2015).

[...] Eu vou morrer e acabou, porque, se eu for confiar nessa máquina, eu vou ficar é em casa. É triste você escutar um negócio desses assim, qual é a qualidade de vida dessa pessoa? O fato de você estar quatro horas em uma máquina e triste? (ENF. 9)

A preocupação com a qualidade de vida dos pacientes parece instigar os enfermeiros a promover e manter a esperança em um nível alto, buscando o uso de diferentes estratégias, pois a desesperança e a depressão clínica são a mesma coisa, e ambas podem ser fatais (VAILLANT, 2010).

Pacientes que realizam hemodiálise são suscetíveis a apresentar sentimentos depressivos por conta dos seguintes fatores: mudanças na qualidade de vida, diminuição da capacidade funcional e do autocuidado, obrigatoriedade do tratamento para sua sobrevivência (CUKER; FRAGNANI, 2010). Nesse sentido, segundo Silva, Amaral e Malagutti (2019), os profissionais da área de saúde devem:

1) Oferecer esperança, procurando valorizar a vida, mesmo que ela esteja se esvaindo. Um paciente que perde a esperança é alguém que já deflagra a própria morte. A esperança não vai significar a reversão daquilo que não volta, mas acreditar nas possibilidades e buscar a superação das adversidades.

2) Estimular a fé e a crença do paciente. Inicialmente, é necessário questionar ao paciente se ele tem fé e, em caso afirmativo, no que ele acredita, para que seja possível valorizar sua crença, mostrando que ela pode auxiliar na superação das adversidades apresentadas em seu cotidiano.

3) Fazer orações, estimulando a busca de conexão com o ser superior. Os profissionais da área de saúde ainda não se sentem preparados para iniciar uma oração com seus pacientes.

4) Oferecer amor ao paciente. Este não é um conteúdo que se aprende na faculdade, mas com a vivência e o amadurecimento. O cuidar de pessoas é uma experiência humana e, para tanto, requer acolher além do visível.

Ter um objetivo (*goals*) pode traduzir como um motivador do sentimento de esperança. Segundo Snyder (1994), os objetivos podem ser a curto ou longo prazo, grandes ou pequenos. Podem ser reais e podemos “tocá-los”, mas a nossa mente muitas vezes vai representá-los antes mesmo de conseguirmos alcançá-los: “somos orientados pelos nossos objetivos enquanto pensamos sobre o nosso futuro” (SNYDER, 1994, p. 4).

Na percepção dos enfermeiros, o grande objetivo é “sair” da máquina, por meio da realização de um transplante renal. No entanto, para aqueles que fazem hemodiálise, ser “transferido” para a diálise peritoneal (e, conseqüentemente, ter a oportunidade de dialisar em casa) já representa uma grande conquista, como podemos observar na fala a seguir:

[...] Eles lutam para se manterem vivos para que a família possa estar com eles, então aí é muito forte para o paciente renal crônico, muito forte fazer um transplante e sair da máquina de diálise ou, por exemplo, ir para a diálise peritoneal para ficar em casa mais tranquilo. Tem uma paciente nossa aqui, ela fala assim: “eu tenho esperança de que ainda vou sair dessa máquina”. Então, isso move a vida da pessoa [...] (ENF. 2)

A força de vontade e o desejo de buscar novos caminhos para alcançar objetivos direcionam o futuro e refletem o grau de esperança dos pacientes. Se a pessoa não tiver nenhum desses dois elementos, certamente terá um nível de esperança baixo (SNYDER, 1994).

Para os enfermeiros, o vigor dos pacientes é ancorado pela esperança de novas perspectivas e pela vontade de continuar vivo:

[...] E, para ele voltar aqui, o que impulsiona ele é a esperança de um dia sair da diálise ou, então, de viver mais um dia, dois, três, quantos for possível, mas o que move eles a vir aqui é a esperança, senão não é outra coisa [...] (ENF. 1)

A esperança não é aquela que cura, que “retira” a dor, que mascara a situação atual de uma crise. Ela é uma emoção positiva, que encara a realidade de frente, é um sentimento honesto que impulsiona o paciente a caminhar e a persistir no tratamento, mesmo que seja difícil (VAILLANT, 2010). Nesse sentido, é necessário encontrar novos caminhos e rotas para estabelecer o bem-estar, mesmo diante de um tratamento delicado, como é o tratamento dialítico.

A análise das falas dos enfermeiros permite inferir que a luta pela vida, a necessidade de manutenção da rotina e o desejo de se libertar do tratamento dialítico também geram estresse, o que pode interferir de maneira negativa na vida do paciente. Apesar da constatação dessa realidade, é o sentimento de esperança que os impele a seguir “dialisando e vivendo”.

Categoria 3: Olhares, saberes e vínculos para seguir vivendo

As palavras de maior destaque foram “morrer”, “pessoa”, “vou”, “saber”, “para”, “aquela”, “precisar”, “olhar” e “pensar” e evidenciam que as tecnologias leves (produção de vínculo, autonomização e acolhimento) são os suportes utilizados pelos enfermeiros na manutenção da esperança.

Essa categoria corresponde a 20% do total das classes originadas. De acordo com a teoria da esperança de Snyder, os indivíduos necessitam de estratégias e habilidades para desenvolver e iniciar comportamentos para progredir em direção a objetivos (GUM; SNYDER, 2002). Essa categoria está relacionada ao *agency* (“energia dirigida por um objetivo”) (SNYDER, 2000), visto que reflete o estímulo que os pacientes e os enfermeiros utilizam para o desenvolvimento da esperança (as tecnologias leves).

O paciente dialítico necessita de um tratamento que lhe ofereça atenção, respeito, paciência, entre outros aspectos. O vínculo entre o enfermeiro e o paciente deve ser a base de uma relação interpessoal que garanta uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes (FREITAS et al., 2018).

Nesse contexto, é necessário conhecimento sobre a vida do paciente, pois assim os enfermeiros são capazes de fornecer informações pertinentes sobre a doença e o tratamento, visando produzir autonomização e empoderamento para alcançar melhores condições de vida. Essa estratégia parece ser fonte de satisfação entre os profissionais, visto que permite que reconheçam as ações de autocuidado e o esforço dos pacientes:

[...] É muito bom você ver que a pessoa tá ali, tá ajudando você a se cuidar. O paciente tem realmente necessidade de uma coisa nova, ele precisa conhecer, saber o que ele pode fazer para estar melhorando a vida dele também (ENF. 6)

A produção do vínculo também é crucial, sobretudo quando o paciente manifesta desesperança:

[...] E já tem outros pacientes que chegam para a gente já com aquela coisa, aquela carga negativa, aquela coisa que “não vai dar certo, que eu vou morrer, eu preciso morrer, eu quero morrer, porque isso não é vida” (ENF. 6)

Segundo Pauletto e et al. (2016), o enfermeiro deve aproveitar o tempo que passa com os pacientes, durante as sessões de hemodiálise, para estabelecer uma relação mais próxima e, com empatia, resgatar ou motivar o sentimento de esperança.

Quando o paciente é confrontado com o bloqueio de objetivo, a reação emocional inicial é de frustração ou raiva, o que, provavelmente, aumentará a energia que impulsiona para alcançar os objetivos ao redor desse bloqueio. Se um indivíduo está morrendo, no entanto, nenhum caminho será encontrado para evitar a morte. O *agency* do sujeito eventualmente será drenado quando a perda do objetivo for realizada, produzindo o que Snyder (1994) descreveu como “perda da vitalidade do núcleo”. Nesses casos, o *agency* pode ser restaurado à medida que a pessoa desenvolve objetivos alternativos nos quais se concentra (SNYDER, 1994).

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar, há que se considerar e construir projetos. De acordo com Deslandes (2006), é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato.

No contexto da teoria da esperança de Snyder, a *agency* é a energia dirigida, a motivação que impulsiona as pessoas a pensar em caminhos para alcançar objetivos. Ela reflete o início de um movimento mental para a realização de objetivos traçados previamente (SNYDER, 2000, p. 10).

Os profissionais da área de saúde, em especial, os enfermeiros, formam em conjunto uma rede social de suporte a esses pacientes. Essa rede funciona como uma espécie de polo de apoio apto a auxiliar seus membros a enfrentar problemas, dando um suporte emocional (DESLANDES, 2006).

Esse suporte pode ser definido como um emaranhado de interações moldadas pelo compromisso moral entre seus atores. São ligações que pressupõem confiança e reciprocidade, marcadas por “laços fortes” (DESLANDES, 2006). Assim, nasce um “capital social”, ou seja, a capacidade de reunir um *quantum* de conexões que os habilitam a dominar seu campo de atuação.

O “capital social” é um atributo construído por meio de relações pessoais, cujo desdobramento é o alcance de metas que dificilmente seriam atingidas apenas com recursos individuais. Ao alcançar, ou mobilizar-se em torno de objetivos comuns, os indivíduos tecem uma identidade que lhes é fundamental e única (DESLANDES, 2006).

As metas dos enfermeiros é estabelecer uma conexão com o paciente para melhor atendê-lo e movimentar suas emoções positivas. Para tanto, utilizam estratégias como confraternizações e conversas durante a assistência, conforme explicitado na fala a seguir:

[...] Durante essas confraternizações, que acontecem de forma periódica, eu acho que ajuda, sim, para que a pessoa tenha esperança [...] As conversas que a gente tem, que tem alguns que você acaba que tem uma proximidade maior [...] Tipo assim, de conversar, de sentar para procurar saber como é que está, ver como é que foi o final de semana [...] Não é só um local que você tem para dialisar e, sim, um local que você pode ter amigos, que você pode dividir experiências, que você pode ter pessoas que lhe dão apoio independente de qualquer coisa, é algo que lhe dá esperança (ENF 9)

Nesse sentido, é possível inferir que outros recursos são empregados para manter a esperança, a exemplo da mobilização do instinto maternal ou paternal. Os filhos são razões de estímulo (*agency*) para os pacientes avaliarem os diferentes caminhos para alcançar seus

objetivos (cuidar dos filhos, por exemplo), e isso é capaz de mover o sentimento de esperança dentro do coração do paciente. Por esse motivo, os enfermeiros precisam ter a sensibilidade de “sentir” cada paciente e suas necessidades:

[...] O paciente disse: “meu filho tem dois anos e meio”. Então, tá, o que você pensa se você morrer hoje, que que vai ser do seu filho? [...] Já que sua vida, sua saúde está prejudicada, mentaliza, joga a sua esperança para o outro lado, cuida do teu filho, sabe? (ENF. 6)

O vínculo familiar é de extrema importância para a manutenção da integridade psíquica do paciente e é uma das principais fontes de suporte emocional (LUCCHESI, 2012), observando-se uma força interior que guia a necessidade de continuar vivendo para poder criar os filhos.

De acordo com Rocha (2005), desde os tempos pré-socráticos, com o filósofo de Éfeso, que a esperança gera um movimento, e não uma paralisia de esperar por alguma coisa, levando-nos a pensar na esperança sob o ponto de vista de uma “disposição interior” ou de uma “força psíquica”, que sustenta o desejo de caminhar. Nesse sentido, a esperança só se concebe enquanto sustenta o desejo de ir em direção a um objeto. Em suma, esperança é diferente de esperar.

Essa ideia corrobora com a teoria da esperança de Snyder, segundo a qual a esperança não é uma emoção passiva, mas um processo cognitivo em que as pessoas buscam ativamente (*agency*) pelos seus objetivos. A percepção dos enfermeiros sobre a esperança vai ao encontro dessa ideia, mobilizando os aspectos cognitivos e traduzindo-os em ações concretas que transcendem o ato de melhorar a saúde:

[...] A esperança, a partir do momento que a pessoa tem objetivos, aí já abre para estar no caminho [...] (ENF. 7)

O paciente precisa se sentir compreendido e valorizado. Para isso, necessita ter direito à voz e a poder compartilhar com o profissional seu sofrimento, não apenas a dor física, mas suas dúvidas, medos, assim como alegrias e esperanças (DESLANDES, 2006):

[...] E pede a Deus força para poder seguir, pede a luz para poder enxergar. Para poder ver para onde deve ir, sabe? (ENF. 4)

Em última instância, a conexão espiritual, a religiosidade e a motivação pessoal são aspectos essenciais para os enfermeiros e pacientes, configurando-se como a base para a promoção e manutenção da esperança.

Categoria 4: A percepção acerca da esperança

Nessa categoria, as palavras de maior destaque foram “esperança”, “vão”, “fé”, “acreditar”, “melhorar” e “dar”. Os termos destacados parecem ratificar a ideia de que “não se pode esperar sem crer no que se espera” (DETONI, 2010, p. 115), ou seja, não se pode ficar parado aguardando algo acontecer, sendo necessário ter objetivos concretos em mente para movimentar-se em busca deles.

Essa foi a categoria de maior significância, representando 27% dos discursos. A espiritualidade é uma dimensão essencial da esperança, pois capacita as pessoas na melhoria das doenças e, com isso, aumenta a qualidade de vida (DOMINGOS; FARIA, 2018). Desenvolver a espiritualidade não significa ter uma “fuga” para os problemas da vida ou ignorar os acontecimentos da realidade, mas, sim, ter esperança e fé diante de determinada situação para transformar o sentimento de medo em confiança, culpa em remissão e fraqueza em força (PIPER, 2008).

Segundo Koenig (2012), a espiritualidade é uma dimensão do cuidar, e o profissional de saúde deve reconhecer que os doentes demonstram suas necessidades espirituais de forma sutil, sendo que, por vezes, a doença configura-se em um contexto vivencial desencadeador de angústia, aflição e sofrimento. Como resposta ao processo saúde-doença, o sofrimento deve ser o foco de atenção da intervenção do enfermeiro. Torna-se necessário destacar, então, que esse profissional que realiza cuidados e procedimentos deve ter um olhar holístico à espiritualidade de pacientes e acompanhantes, pois, com esse processo assistencial, será possível criar estratégias para o tratamento e gerar benefícios para a obtenção de bons resultados (ANDRADE, 2018).

A espiritualidade, a fé e a esperança constituem medidas de fortalecimento para lidar com as dificuldades impostas pelo tratamento dialítico, trazendo a perspectiva de um futuro melhor, visto que, mesmo com os avanços tecnológicos atuais, as medidas terapêuticas relacionadas à doença renal crônica não garantem, necessariamente, o retorno à rotina anterior de vida familiar, social e profissional (LEIMIG et al., 2018).

Pode-se dizer que, no olhar dos enfermeiros, o significado de esperança está muito próximo da dimensão espiritual da existência humana, envolvendo fé, religião, crenças e conexão com o divino. Ela é traduzida como a força primordial para a manutenção do bem-estar do paciente, ancorando a motivação para que continue lutando pela sua vida, dia após dia, com qualidade.

[...] Para mim, esperança é um fator primordial, porque, se eu não acredito que as coisas vão melhorar, eu perco a fé, eu perco a vontade, o estímulo de batalhar por aquilo, né? [...] Vamos vivendo um dia de cada vez. E deixar o paciente com a esperança dele, porque é a esperança dele, é a fé que ele tem, né? Quem sou eu para dizer: “você não vai melhorar” (ENF. 6)

[...] Essa esperança é fundamental para a qualidade de vida dele e para o prognóstico dele (ENF. 4)

[...] É sinônimo de fé [...] (ENF. 1)

Na visão dos enfermeiros, a esperança é tida como sinônimo de fé, de acreditar em algo melhor e está ligada a crenças religiosas. Como já apontado anteriormente, mesmo com toda a tecnologia de que dispomos na atualidade, o tratamento dialítico e as medidas terapêuticas relacionadas à DRC ainda não garantem necessariamente o retorno do paciente à rotina familiar, social e profissional. Por isso, a espiritualidade e a religiosidade surgem como medidas de fortalecimento para lidar com momentos difíceis do cotidiano. Elas auxiliam no enfrentamento das condições impostas pela doença renal crônica e proporcionam a perspectiva de um futuro melhor. E esse tipo de assunto deve ser abordado durante a assistência ao paciente (LEIMIG et al., 2018).

Assim, a esperança ocupa um lugar central na condição humana de querer ser “mais”, afirmando-se como uma necessidade ontológica e um movimento de conquista de algo para si (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2014). Da fala dos enfermeiros, pode-se inferir a relação da esperança com uma perspectiva positiva sobre os acontecimentos da vida:

[...] A palavra “esperança”, ela mesmo se explica, né? Você ter fé, acreditar, você acreditar em algo, você ter fé que aquilo vai acontecer, você ter fé que você pode, que você consegue, que é possível que aquilo aconteça (ENF. 9)

[...] É o que faz você ficar motivado [...] Acreditar que as coisas vão dar certo. Porque senão você desiste no meio do caminho (ENF. 4)

Esses trechos deixam transparecer que a esperança tem ligação com a fé, e essa interpretação é validada por diversos teóricos abordados nesta pesquisa (FARRAN; HERTH; POPOVICH, 1995; OLIVEIRA, 2003; DETONI, 2010; VAILLANT, 2010; LEIMIG et al., 2018; SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2019).

O ato de crer (que se constitui na fé) não é simplesmente uma decisão consciente e espontânea, ele é movida por impulsos profundos e inconscientes (PEREIRA, 2016). Santo Agostinho (1987) diz que a fé provém da vontade de Deus e ocorre independentemente do desejo daquele que crê.

Tendo em vista que a fé se relaciona com a esperança, esses são sentimentos que conferem sentido à vida e impulsionam a pessoa a seguir em frente. São estratégias de motivação para alcançar sempre condições melhores e desempenham um papel primordial na vida das pessoas.

Nesse sentido, a esperança é uma emoção positiva. Diferentemente de esperar (VAILLANT, 2010), a esperança é seguir em frente, movimentar-se em direção a um objetivo (SNYDER, 1994), conforme podemos notar na fala a seguir:

[...] Esperança, para mim, é acreditar que uma coisa vai dar certo, e você estar sempre achando que aquilo vai ter uma solução, que vai resolver, que vai ficar melhor e que as coisas vão melhorar, que tudo que você está fazendo, todo o seu empenho vai ter um resultado positivo [...] A esperança tem um papel fundamental na minha vida, porque ela que te coloca para frente, te faz querer fazer as coisas melhores, sabe? (ENF. 4)

A esperança é um sentimento que deve ser compartilhado, portanto, se o indivíduo não a tem, como dividir com o outro? Segundo Vaillant (2010), não podemos dar esperança para outras pessoas, apenas podemos compartilhar a nossa. Na fala a seguir, é possível observar que o enfermeiro precisa estar abastecido de emoções positivas para conseguir ter empatia em relação ao paciente:

[...] Se você não tem essa esperança, você não acredita nisso que você está passando para eles, a pessoa percebe se você está dizendo por dizer. Se você realmente acredita, se você tem esperança de que ele vai ficar melhor, sabe? É uma coisa que você não consegue fingir, disfarçar, se você não tem essa convicção. Você não consegue passar para o outro que o tratamento é eficaz, que ele vai melhorar, de que ele vai ter uma qualidade de vida, se você não acredita naquilo. Como é que você vai convencer o outro se você não acredita? Sim, a esperança é fundamental (ENF. 4)

Alguns aspectos são importantes para “se abastecer” desse sentimento, como, por exemplo: espiritualidade, crenças religiosas, ter bom suporte social, bom humor, planejamento de objetivos capazes de serem alcançados, autoestima, controle de dor emocional, boa qualidade de vida, satisfação, sentir-se escutado, espera racional etc. (CAVACO et al., 2010).

Visto que todas as intervenções de enfermagem são voltadas para um ser holístico, detentor de objetivos específicos (CAVACO et al., 2010), é necessário que os enfermeiros tenham um bom preparo, não apenas físico, mas também emocional e espiritual, a fim de poder prestar um atendimento promotor de esperança e capaz de alcançar as reais necessidades de cada paciente.

Eixo 2 – Adesão

O segundo eixo foi composto apenas pela categoria 1 (“Adesão ao tratamento”) e representou 27% dos discursos dos entrevistados. A adesão ao tratamento é resultante de esforços conjuntos e envolve as tecnologias de saúde empregadas pelos enfermeiros, o que não deixa de exigir do paciente, obviamente, sua colaboração. Nesse movimento, ele não é entendido como um mero seguidor das orientações profissionais, mas, sim, como um sujeito que compreende e aceita as prescrições e se compromete a seguir as recomendações ofertadas (MENDONÇA et al. 2018).

Categoria 1: Adesão ao tratamento

Nessa categoria, as palavras de maior destaque foram “vez”, “vem”, “idoso”, “jovem”, “difíceis”, “buscar”, “são”, “problema” e “seguir”. Esses vocábulos fazem referência aos aspectos que facilitam e/ou que dificultam a concordância com o tratamento. A adaptação da nova rotina de pacientes com doença renal crônica exige uma série de mudanças, que incluem os hábitos alimentares, a ingestão hídrica e a terapêutica medicamentosa rigorosa, além das sessões de diálise necessárias (PREZOTTO; ABREU, 2014). Esse novo estilo de vida encontra resistência, sobretudo, entre os mais jovens:

[...] Tem muito paciente jovem, muito mesmo. E eles são muito difíceis de aderir, eles ficam desesperançosos mesmo, os idosos não, eles seguem horário, eles vêm [...] Os jovens querem ser momentâneos, eles, às vezes, é um agudo que se torna crônico, porque eles não seguem direito a dieta, são extremamente rebeldes [...] (ENF. 1)

Talvez pelo grau de imaturidade, o perfil de menor adesão ao tratamento diz respeito aos jovens. Os adultos e idosos têm uma aceitação melhor devido a questões de maturidade e de maior responsabilidade em relação a si próprio e ao tratamento (PREZOTTO; ABREU, 2014).

Além da terapêutica medicamentosa e do tempo gasto nas sessões de hemodiálise e nas mudanças de dieta, há também as experiências físicas dolorosas, como, por exemplo, dores no momento de realizar uma punção, hematomas etc. (MENDONÇA et al., 2018):

[...] Aí tem paciente que fica desesperançoso e desacredita mesmo, porque é muito sofrido, são três vezes na semana, aí não vem, puxa, passa cateter [...] (ENF. 1)

A não adesão ao tratamento implica piora da doença e da qualidade de vida. Devido a isso, o papel educativo dos enfermeiros é extremamente importante. As oportunidades de exercer esse papel são favorecidas pelo maior tempo que eles passam com esses pacientes (MENDONÇA et al., 2018).

As ações dos enfermeiros voltadas ao planejamento de estratégias que auxiliem os pacientes na inclusão efetiva da hemodiálise podem ser comparadas ao *pathway* da teoria da esperança de Snyder, que significa o caminho, a rota que é necessário traçar para alcançar os objetivos almejados, é o planejamento, o comportamento que vai produzir um resultado em particular (SNYDER, 1994). Dessa maneira, os profissionais de enfermagem exercem papel fundamental na vida de seus pacientes, desempenhando ações e estratégias emocionais que influenciam diretamente suas experiências:

[...] A gente é humano, a gente perde também a paciência, né? Com determinadas situações e, às vezes, você tem que realmente buscar essa energia de Deus mesmo, para poder seguir em frente e superar, não devolver na mesma proporção as agressões que a gente recebe no trabalho [...] Não podemos jogar os nossos problemas todos em cima daqueles que vêm em busca de solução, de aconchego, de compreensão [...] Tudo bem que todos os profissionais de saúde também têm a sua carga emocional de problemas, familiar, financeiros e tudo mais, mas a gente precisa vestir uma outra roupagem quando entra aqui [...] (ENF. 4)

A fala anterior explicita o caminho traçado (*pathway*) pelo enfermeiro em busca de alcançar bons métodos que favoreçam a continuidade do paciente nas sessões de hemodiálise, mantendo o equilíbrio emocional diante das dificuldades de ambas as partes.

Perante alguns obstáculos apresentados, tanto pelos enfermeiros quanto pelos pacientes, a esperança desempenha papel primordial. Por isso, é sempre relevante mantê-la em bons níveis. A fala seguinte revela uma estratégia comunicacional utilizada pelo enfermeiro para resgatar esse sentimento:

[...] Quando a gente perde a esperança, a gente perde a vontade de lutar [...] Eu principalmente gosto muito de conversar com os pacientes, e até eles mesmos vêm falar comigo, e a gente nota que alguns deles têm aquela esperança de que a vida deles vai mudar (ENF. 6)

Em última instância, a esperança é um processo dinâmico, orientado para o futuro, mas ligado ao passado e vivido no presente, que implica alcance de objetivos significativos para a pessoa (QUERIDO, 2018). Vejamos a fala a seguir:

[...] Esperança é o sentimento que move qualquer pessoa a seguir em frente, a buscar o melhor para si e para passar os desafios. Eu acho que a gente depende dela mesmo [...] (ENF. 8)

Segundo os enfermeiros participantes desta pesquisa, os aspectos facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento são:

Figura 5 – Aspectos facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento, segundo os enfermeiros participantes do estudo

Aspectos facilitadores	Aspectos dificultadores
Idade avançada	Jovens
Maturidade/melhor autocuidado	Imaturidade
Espiritualidade	Restrições na dieta
Equilíbrio emocional	Horas dispendidas em hemodiálise
Conversas com os pacientes, como estratégias comunicacionais dos enfermeiros (tecnologia leve)	Dor nas punções das fístulas
	Hematomas
	Presença de cateter

Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2019).

Como é possível observar, os aspectos que facilitam ou dificultam a adesão do paciente ao tratamento devem ser tratados com muito zelo e atenção pelos enfermeiros, pois isso pode auxiliar no planejamento de intervenções que favoreçam a adesão ao tratamento, aumentando, conseqüentemente, o bem-estar e a qualidade de vida desse sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa demonstraram que, apesar de todas as limitações impostas pelo tratamento e pela própria doença, a população estudada possui um alto nível de esperança. Além disso, houve a constatação de que o perfil sociodemográfico, clínico e psicossocial dessa população é muito satisfatório, se comparado ao resultado de outras pesquisas realizadas sobre o mesmo tema.

Em relação ao nível de esperança existente entre os pacientes que realizam hemodiálise e os que realizam diálise peritoneal, não houve uma diferença significativa, estatisticamente falando, sendo que ambos os grupos mantêm um alto nível de esperança, mesmo com as diferenças de rotina relacionadas ao tratamento.

Também observou-se que o item de maior pontuação da EEH foi o que se refere à fé como medida de conforto (item 5, “Eu tenho uma fé que me conforta”). Portanto, pode-se perceber que é um sentimento essencial para os pacientes manterem um nível alto de esperança.

A percepção dos enfermeiros sobre a importância da esperança no âmbito do tratamento da doença renal crônica dialítica demonstrou o reconhecimento da relevância desse sentimento para o bem-estar e para uma boa qualidade de vida dos pacientes. Os profissionais entrevistados neste estudo fizeram menção a um sentimento que é capaz de impulsionar a pessoa em busca da ressignificação das limitações impostas pela doença e pelo tratamento.

Foi possível evidenciar também que os jovens têm mais dificuldade em aderir ao tratamento, por conta de questões que envolvem a imaturidade e as restrições impostas por conta da doença e da hemodiálise. No entanto, os enfermeiros dispõem de algumas estratégias (*pathway*) para melhorar essa aceitação, tais como: manter a espiritualidade e o equilíbrio emocional, realizar conversas com os pacientes durante os atendimentos e esclarecer dúvidas, medos e inseguranças.

Os autores utilizados para embasar teoricamente este estudo demonstraram que os enfermeiros são agentes essenciais para a promoção da esperança. Assim, momentos de conversa e de convivência com os pacientes são oportunidades que possibilitam o incentivo desse sentimento, de acordo com as necessidades de cada um. Apesar de também possuírem seus dilemas e problemas pessoais, familiares, espirituais e/ou financeiros, os enfermeiros são profissionais capazes de interferir positivamente no nível de esperança dos pacientes com doença renal crônica dialítica, visto que, em suas intervenções, com as tecnologias leves, tratam de temas essenciais, como a fé, as crenças, a religião etc.

Diante disso, os resultados encontrados por esta pesquisa sugerem que as equipes de enfermagem implementem intervenções voltadas para estratégias de promoção e manutenção da esperança, favorecendo o planejamento de uma assistência integral que objetive melhorar a qualidade de vida de pacientes com DRC.

Obviamente, cabe lembrar que o contexto de realização deste estudo, um hospital público localizado no Distrito Federal, é limitado, pois não compreende pacientes e enfermeiros da rede privada de saúde, o que inviabiliza uma comparação do nível de esperança desses atores nesses diferentes serviços. Outra limitação encontrada foi a dificuldade de interpretação dos discursos dos enfermeiros, visto que, em alguns momentos, a fala desses profissionais “confundia-se” com a fala dos pacientes.

Dentre os pontos fortes destacados pela conclusão desta pesquisa, está a significativa quantidade de pacientes e enfermeiros participantes, o que possibilitou apreender uma percepção aprimorada e mais “global” sobre o tema. Além disso, houve a utilização da Escala de Esperança de Herth, juntamente com a teoria da esperança de Snyder, constructos teóricos que permitiram um maior aprofundamento do assunto.

Por fim, espera-se que este estudo possa servir de aporte teórico para pesquisas futuras sobre o tema, já que a ampliação do debate acadêmico permite identificar e construir pontos essenciais para um bom planejamento dos cuidados de enfermagem, em especial, no âmbito do tratamento da doença renal crônica, foco deste trabalho.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, S. **A verdadeira religião**. São Paulo: Paulinas, 1987.

ALMEIDA, A. B. de; ALVES, V. de F.; SILVA, S. D. C da. Qualidade de vida do paciente renal crônico em hemodiálise. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, São Sebastião do Paraíso, v. 2, n. 1, p. 83-93, jun. 2012. Disponível em: <http://www.libertas.edu.br/revistas/index.php/riclibertas/article/download/23/15>. Acesso em: 12 abr. 2019.

ANDRADE, A. K. M. **Fé e espiritualidade no processo saúde-doença: uma revisão de literatura**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, 2018. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/4450>. Acesso em: 18 ago. 2019.

ARAÚJO, M. M. T. de; SILVA, M. J. P. da. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 121-129, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a14v21n1.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado. Registro Brasileiro de Transplantes. **Registro Brasileiro de Transplantes**, ano XXII, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2016/RBT2016-leitura.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

AZEVEDO, L. C. P. de; TANIGUCHI, L. U.; LADEIRA, J. P. **Medicina intensiva: abordagem prática**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2015.

BARBOSA, J. C.; AGUILLAR, O. M.; BOEMER, M. R. O significado de viver com a insuficiência renal crônica. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 52, n. 2, p. 293-302, abr./jun. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n2/v52n2a16.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BARROS-OLIVEIRA, J. H. Felicidade, otimismo, esperança e perdão em jovens, adultos e idosos. **Psychologica**, v. 1, p. 123-148, 2010. Disponível em: <https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/993/442>. Acesso em: 22 ago. 2019.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BOCAYUVA, I. O mito de Prometeu e Pandora e os princípios masculino e feminino nos primórdios. In: LEITE, L. R. et al. (Org.). **Figurações do masculino e do feminino na Antiguidade**. Vitória: PPGL, 2011. Disponível em: http://www.letras.ufes.br/sites/letras.ufes.br/files/field/anexo/e-book_Jornada_de_Estudos_Classicos_2010.pdf. Acesso em: 22 ago. 2019.

CASSINI, A. V. et al. Avaliação dos principais fatores etiológicos em indivíduos portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. **ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 3, p. 462-468, 2010. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/index.php?journal=saude&page=article&op=view&path%5B%5D=2240>. Acesso em: 13 abr. 2019.

CAVACO, V. S. J. et al. Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão sistemática. **Rede Referência**, v. 2, n. 12, p. 93-103, 2010. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-93103.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2019.

CAVEIÃO, C. et al. Qualidade de vida em mulheres com doença renal crônica submetida à hemodiálise. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, n. 11, p. 20-33, 2017. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/view/2399/1969>. Acesso em: 22 abr. 2019.

CHÖDRÖN, P. **Quando tudo se desfaz**: orientação para tempos difíceis. Rio de Janeiro: Gryphus, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 23 abr. 2019.

COUTINHO, M. da P. de L.; COSTA, F. G. Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 449-459, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n2/1807-0310-psoc-27-02-00449.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2019.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CUKER, G. M.; FRAGNANI, E. C. S. F. **As dimensões psicológicas da doença renal crônica**. 2010. Monografia (Bacharelado em Psicologia) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/000044/0000440B.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

CUTCLIFFE, J. R. Hope: the eternal paradigm for psychiatric/mental health nursing. **J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.**, v. 16, n. 9, p. 843-847, nov. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19824979>. Acesso em: 22 ago. 2019.

CUTCLIFFE, J. R.; HERTH, K. The concept of hope in nursing 2: hope and mental health nursing. **Br. J. Nurs.**, v. 11, n. 13, p. 885-889, jul. 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12131842>. Acesso em: 22 ago. 2019.

DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DETONI, E. **Santo Agostinho: fé, esperança e caridade**. 2010. Disponível em: https://www.revistamirabilia.com/sites/default/files/pdfs/2010_02_05.pdf. Acesso em: 22 ago. 2019.

DOMINGOS, J.; FARIA, M. C. Vivências de espiritualidade, esperança e satisfação com a vida em gerontes. In: CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 12., Lisboa, 2018. **Anais...** Lisboa, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6209/1/12CongNacSaude457.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2019.

DUFAULT, K.; MARTOCCHIO, B. Symposium on compassionate care and the dying experience. **Nursing clinics of North America**, Portland, v. 20, n. 2, p. 379-391, 1985. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3846984>. Acesso em: 18 ago. 2019.

FARIA, M. G. de A.; ACIOLI, S.; GALLASCH, C. H. Perfil de enfermeiros fluminenses da estratégia de saúde da família participantes de um curso de especialização. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 1, p. 52-55, abr. 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/667/285>. Acesso em: 14 abr. 2019.

FARRAN, C. J.; HERTH, K. A.; POPOVICH, J. M. **Esperança e desesperança: construtos clínicos críticos**. Thousand Oaks, CA, Estados Unidos: Sage Publications, 1995.

FERREIRA, C. et al. Avaliação de esperança e resiliência em pessoas em tratamento hemodialítico. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 8, n. 4, out./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/30592/pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, L. M. da. **Termos e expressões utilizados por familiares ao relatarem suas experiências nos diferentes momentos do adoecimento mental**. 2010. 78 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-14012011-091733/publico/LAISMARIANADAFONSECA.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.

FRAZÃO, C. M. F. de Q.; RAMOS, V. P.; LIRA, A. L. B. de C. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 577-582, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a12.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2019.

FREDRICKSON, B. L.; LOSADA, M. F. Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. **Am Psychol**, v. 60, n. 7, p. 678-686, out. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3126111/>. Acesso em: 22 ago. 2019.

FREITAS, E. A. et al. Assistência de enfermagem visando a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos na hemodiálise. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 1, n. 2, p. 114-211, 2018. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/59/24>. Acesso em: 18 ago. 2019.

GESSINGER, R. K. **A causação das virtudes**: virtude adquirida e virtude infusa em Tomás de Aquino. 2016. 224 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/149555>. Acesso em: 22 ago. 2019.

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

GOMES, N. D do B. et al. Qualidade de vida de homens e mulheres em hemodiálise. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 2018. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/24935/16480>. Acesso em: 29 abr. 2019.

GONÇALVES, F. A. et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou diálise peritoneal: estudo comparativo em um serviço de referência de Curitiba – PR. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 37, n. 4, p. 467-474, 2015. Disponível em: <http://www.bjn.org.br/details/1809/pt-BR/qualidade-de-vida-de-pacientes-renais-cronicos-em-hemodialise-ou-dialise-peritoneal--estudo-comparativo-em-um-servico-de-referencia-de-curitiba---pr>. Acesso em: 19 abr. 2019.

GUM, A.; SNYDER, C. R. Coping with terminal illness: the role of hopeful thinking. **Journal of Palliative Medicine**, v. 5, n. 6, p. 883-894, dez. 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12685535>. Acesso em: 22 ago. 2019.

HERTH, K. Hope in the family caregiver of terminally ill people. **Journal of Advanced Nursing**, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18040538.x>. Acesso em: 3 abr. 2019.

_____. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. **Journal of Advanced Nursing**, v. 17, n. 10, p. 1251-1259, 1992. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1430629>. Acesso em: 22 ago. 2019.

_____. Fostering hope in terminally-ill people. **J. Adv. Nurs**, v. 15, n. 11, p. 1250-1259, 1990. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2269747>. Acesso em: 22 ago. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico de 2010**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=10503&t=destaques>. Acesso em: 22 ago. 2019.

JOHNSON, R. J.; FEEHALLY, J.; FLOEGE, J. **Nefrologia clínica**: abordagem abrangente. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade.** Abreu Porto Alegre: L&PM, 2012.

LEIMIG, M. B. C. et al. Qualidade de vida, espiritualidade e esperança em pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, v. 16, n. 1, p. 30-36, 2018. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-884990>. Acesso em: 15 abr. 2019.

LIYANAGE, T. et al. Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. **The Lancet**, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25777665>. Acesso em: 10 ago. 2019.

LOPES, J. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 3, p. 230-236, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0230.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

LUCCHESI, A. C. A família e o adoecer. In: MARCO, M. A. et al. **Psicologia médica: abordagem integral do processo saúde doença.** Porto Alegre: Artmed, 2012.

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. Foco**, v. 6, n. 1/4, p. 11-17, 2015. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>. Acesso em: 22 ago. 2019.

MADEIRO, A. C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 546-551, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

MAGALETTA, P. R.; OLIVER, J. M. The hope construct, will, and ways: their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. **Journal of Clinical Psychology**, v. 55, n. 5, p. 539-551, 1999. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/%28SICI%291097-4679%28199905%2955%3A5%3C539%3A%3AAID-JCLP2%3E3.0.CO%3B2-G>. Acesso em: 22 ago. 2019.

MARTINS, M. B. **O conceito d'elpis' no Fédon de Platão.** Bélgica, 2006. Disponível em: https://www.academia.edu/28779695/O_Conceito_de_Elpis_no_F%C3%A9don_de_Plat%C3%A3o. Acesso em: 22 ago. 2019.

MARTINS, R. M. L.; MESTRE, M. A. Esperança e qualidade de vida em idosos. **Millenium**, v. 47, p. 153-162, 2014. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/13.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2019.

MARTINS, R. et al. A esperança em doentes internados em unidades de cuidados continuados. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, ago. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0172>. Acesso em: 3 jun. 2019.

MENDONÇA, A. E. O. de et al. Adesão de idosos com insuficiência renal crônica a terapia hemodialítica. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 8, n. 1, p. 48-58, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25353/pdf>. Acesso em: 26 abr. 2019.

MERHY, E. D. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde? Campinas, 1999. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/o-ato-de-cuidar.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2019.

MILLER, J. Hope: a construct central to nursing. **Nursing Forum**, Londres, v. 42, n. 1, p. 9-12, jan./mar. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17257391>. Acesso em: 18 ago. 2019.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/20121004_plano_cuidado_idosos.pdf. Acesso em: 22 ago. 2019.

MOLTMANN, J. **Teologia da esperança**: estudos sobre os fundamentos e as consequências de uma escatologia cristã. Tradução de Helmut Alfredo Simon. 3. ed. São Paulo: Teológica/Edições Loyola, 2005. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=hAobskxT6PcC&pg=PA4&dq=teologia+da+esperan%C3%A7a+moltmann+2005&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjts6Lg1ZbkAhXjIlkGHU5BAoEQ6AEIMDAB#v=onepage&q=teologia%20da%20esperan%C3%A7a%20moltmann%202005&f=false>. Acesso em: 22 ago. 2019.

MORAES, C. E. et al. Preditores de insuficiência renal crônica em pacientes de centro de referência em hipertensão arterial. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 55, n. 3, p. 257-262, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a15.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2019.

OLIVEIRA JUNIOR, H. M. de; FORMIGA, F. F. C.; ALEXANDRE, C. da S. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em programa crônico de hemodiálise em João Pessoa – PB. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36, n. 3, p. 367-374, jul./set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002014000300367&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 abr. 2019.

OLIVEIRA, C. T. de; RODRIGUES, V. H. G. Interloquções teóricas entre Paulo Freire e Ernst Bloch: diálogos acerca do princípio e da pedagogia da esperança. **Educação: Teoria&Prática**, v. 24, n. 46, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18675/1981-8106.vol24.n46.p40-54>. Acesso em: 7 jul. 2019.

OLIVEIRA, J. A. G. de; DE LIMA, M. P. de. Terapia de esperança: uma intervenção grupal que visa promover a esperança de idosos institucionalizados. **Psicologia, Educação e Cultura**, v. 15, n. 2, p. 229-244, 2011. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5274/1/PEC_2_2011.pdf. Acesso em: 22 ago. 2019.

OLIVEIRA, J. H. B. de. Felicidade, otimismo, esperança e perdão em jovens, adultos e idosos. **Psychologica**, v. 1, n. 52, p. 123-158, 2010. Disponível em: <https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/993>. Acesso em: 22 ago. 2019.

_____. Esperança: natureza e avaliação (proposta de uma nova escala). **Psicologia, Educação e Cultura**, v. 7, n. 1, p. 83-106, 2003. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5256/1/2003_PEC_1.pdf. Acesso em: 22 ago. 2019.

OLIVEIRA, L. M. de et al. A esperança de vida dos idosos: avaliação pelo perfil e a Escala de Herth. **J. res.: fundam. care. online**, v. 10, n. 1, p. 167-172, jan./mar. 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.167-172>. Acesso em: 15 abr. 2019.

OLLER, G. A. S. A. de O. et al. Independência funcional em pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 6, nov./dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_04.pdf. Acesso em: 17 jun. 2019.

ORLANDI, F. de S. et al. Avaliação do nível de esperança de vida de idosos renais crônicos em hemodiálise. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 46, n. 4, ago. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400017>. Acesso em: 15 abr. 2019.

OTTAVIANI, A. C. et al. Esperança e espiritualidade de pacientes renais crônicos em hemodiálise: estudo correlacional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 248-254, mar./abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00248.pdf. Acesso em: 24 abr. 2019.

PAIM, L. et al. Tecnologias e o cuidado de enfermagem a pessoa em tratamento de hemodiálise. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 5, n. 3, p. 335-343, set./dez. 2006. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5051/3256>. Acesso em: 2 jul. 2019.

PAULETTO, M. R. et al. Transplante renal: percepção de pacientes em hemodiálise fora da lista de espera. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 6, n. 2, p. 154-163, jun. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/20619>. Acesso em: 15 abr. 2019.

PEREIRA, J. **A fé como fenômeno psicológico**. São Paulo: Escrituras Editora, 2016.

PIPER, J. **Em busca de Deus**. São Paulo: Vida Nova, 2008.

PIVATTO, D. R.; ABREU, I. S. Principais causas de hospitalização de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava, Paraná, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 3, n. 31, p. 510-520, set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000300015&script=sci_abstract&tlng=en. Acesso em: 14 jun. 2019.

POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis: Vozes, 2008.

PREZOTTO, K. H.; ABREU, I. S. O paciente renal crônico e a adesão ao tratamento hemodialítico. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Paraná, v. 8, n. 3, p. 600-605, mar. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9715/9794>. Acesso em: 30 jun. 2019.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 55-63, jan./mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 jul. 2019.

QUERIDO, A. A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 6, p. 6-8, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe6/nspe6a01.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2018.

_____. **A esperança na prática especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiatria**. 2015. 170 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria) – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, 2015. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/1709/1/Ana%20Querido%202015%20-%20A%20Esperan%C3%A7a%20na%20Pr%C3%A1tica%20Especializada%20em%20ESM%20P.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2019.

REIS, R. P. et al. Qualidade de vida e autocuidado do paciente em diálise peritoneal comparado com a hemodiálise: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, 2016. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/view/2896>. Acesso em: 3 jun. 2019.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

RITTER, A. L. F. R. **Aprender a ter esperança: construção, implementação e avaliação de um programa para o 4º ano do 1º ciclo de escolaridade**. 2011. 111 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Universidade de Lisboa, Portugal, 2011. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4337/1/ulfpie039532_tm.pdf. Acesso em: 21 ago. 2019.

- ROCHA, Z. Esperança não é esperar, é caminhar: reflexões filosóficas sobre a esperança e suas ressonâncias na teoria e clínica psicanalíticas. **Rev. Latoam. Psicopat. Fund.**, v. 10, n. 2, p. 255-273, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v10n2/1415-4714-rlpf-10-2-0255.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2019.
- RUDINICKI, T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. **Contextos Clínicos**, v. 7, n. 1, p. 105-116, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.4013/ctc.2014.71.10>. Acesso em: 13 abr. 2019.
- SALES, C. A. et al. O sentimento de esperança em pacientes com câncer: uma análise existencial. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 4, p. 659-667, jul./ago. 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/1098>. Acesso em: 13 jun. 2019.
- SANTOS, A. C. B. dos et al. Associação entre qualidade de vida e estado nutricional em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 35, n. 4, p. 279-288, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v35n4/v35n4a08.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2019.
- SANTOS, D. A. da S.; VANDENBERGHE, L. Atuação profissional e bem-estar em enfermeiros. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 3, n. 1, p. 26-34, jan./abr. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/download/6676/pdf>. Acesso em: 22 ago. 2019.
- SANTOS, F. K. dos; VALADARES, G. V. Conhecendo as estratégias de ação e interação utilizadas pelos clientes para o enfrentamento da diálise peritoneal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 423-431, ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300423&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 ago. 2019.
- SANTOS, J. L. G. dos. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072017000300330&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 ago. 2019.
- SARTORE, A. C.; GROSSI, S. A. A. Escala de Esperança de Herth – Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 2, jun. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200003>. Acesso em: 3 abr. 2019.
- SCHRANK, B.; STANGHELLINI, G.; SLADE, M. Hope in psychiatry: a review of the literature. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 118, n. 6, p. 421-433, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18851720>. Acesso em: 22 ago. 2019.
- SCHUSTER, J. T. et al. Esperança e depressão em pacientes oncológicos em um hospital do sul do Brasil. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 59, n. 2, p. 84-89, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-833936>. Acesso em: 20 abr. 2019.

SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. dos. Psicologia positiva e os instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 23, n. 3, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000300004. Acesso em: 22 ago. 2019.

SESSO, R. C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 39, n. 3, p. 261-266, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170049>. Acesso em: 25 abr. 2019.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. de. As medidas de cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 387-392, jun. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2019.

SILVA, A. da C. et al. A ação do enfermeiro na prevenção de doenças renais crônicas: uma revisão integrativa. **Sanare**, Sobral, v. 14, n. 2, p. 148-155, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/840>. Acesso em: 18 ago. 2019.

SILVA, A. C. G. da; SILVA, P. R. da; FERREIRA, R. C. dos S. Qualidade de vida, esperança e espiritualidade de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA FAPEMIG, 7., Itajubá, 2017. **Anais...** Itajubá, 2017. Disponível em: <http://revista.eewb.phlnet.com.br/index.php/ProbicFWB/article/view/41/39>. Acesso em: 29 abr. 2019.

SILVA, C. dos S.; SOUSA JÚNIOR, I. de. Estudo das principais causas da insuficiência renal crônica entre pacientes que realizam tratamento dialítico em uma clínica de hemodiálise da cidade de Floriano-Piauí-Brasil. In: CONGRESSO NORTE NORDESTE DE PESQUISA E INOVAÇÃO, Tocantins, 2012. **Anais...** Tocantins, 2012. Disponível em: <http://propi.iftto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/4550/1562>. Acesso em: 26 abr. 2019.

SILVA, D. C. da; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. de. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 291-298, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a14>. Acesso em: 18 ago. 2019.

SILVA, J. C. C.; PAIVA, S. S. C.; ALMEIDA R. J. de. Hemodiálise e seus impactos psicossociais em mulheres em idade fértil. **Santa Maria**, v. 43, n. 1, p. 189-198, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583423662>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SILVA, R. A. et al. Acurácia do diagnóstico de enfermagem “disposição para melhora da esperança” em pacientes crônicos renais. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, jul. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200409. Acesso em: 15 abr. 2019.

SILVA, R. S. da; AMARAL, J. B. do; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2019.

SMART, N. A; TITUS, T. T. Outcomes of early versus late nephrology referral in chronic kidney disease: a systematic review. **The American Journal of Medicine**, v. 124, n. 11, nov. 2011. Disponível em: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(11\)00412-8/pdf](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(11)00412-8/pdf). Acesso em: 20 abr. 2019.

SNYDER, C. R. **Handbook of hope: theory, measures, and applications**. Academic Press, 2000.

_____. **The psychology of hope: you can get there from here**. Nova Iorque: Free Press, 1994.

SNYDER, C. R.; SHANE, J. L. **Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas**. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SNYDER, C. R. et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 60, n. 4, p. 570-585, 1991. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2037968>. Acesso em: 22 ago. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Censo Brasileiro de Diálise 2015**. Disponível em: <http://censo-sbn.org.br/inicio>. Acesso em: 15 jun. 2019.

SODRE, F. L.; COSTA, J. C. B.; LIMA, J. C. C. Avaliação da função e da lesão renal: um desafio laboratorial. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 329-337, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442007000500005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jun. 2019.

SOUSA, V. J. de. A importância dos cuidados de enfermagem prestados em terapia intensiva a pacientes em processos hemodialíticos venovenosos contínuos: pesquisa bibliográfica. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 1, n. 1, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2014/10/A-IMPORTANCIA-DOS-CUIDADOS-DE-ENFERMAGEM-PRESTADOS-EM-TERAPIA-INTENSIVA-A-PACIENTES-EM-PROCESSOS-HEMODIALITICOS-VENOVENOSOS-CONTINUOS-PESQUISA-BIBLIOGRAFICA-REVISTA-ATUALIZA-SAUDE-N1-V1.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2019.

THOMÉ, F. S. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 41, n. 2, p. 208-214, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbn/2019nahead/pt_2175-8239-jbn-2018-0178.pdf. Acesso em: 10 ago. 2019.

ULIANA, E. M. et al. Análise de tendência em séries históricas de vazão e precipitação: uso de teste estatístico não paramétrico. **Rev. Ambient. Água**, v. 10, n. 1, p. 82-88, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4136/ambi-agua.1427>. Acesso em: 3 abr. 2019.

VAILLANT, G. E. **Fé**: evidências científicas. Barueri: Manole, 2010.

VARGA, I. V. D.; CARDOSO, R. L. S. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 664-671, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000300664&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 3 jun. 2019.

WIEDEMANN, G. et al. Assimetria do cérebro frontal como substrato biológico de emoções em pacientes com transtornos de pânico. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 56, n. 1, p. 78-84, 1999.

APÊNDICE A – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO PACIENTES:

Instrumento de coleta de dados	
Identificação	Data: __/__/____
<p>Nome:</p> <p>Idade:</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Etnia:</p> <p>Situação atual de trabalho:</p> <p>Estado civil:</p> <p>Religião:</p> <p>Procedência:</p> <p>Mora com quem:</p> <p>Possui filhos: () Sim () Não</p>	
<p>Tipo de tratamento: () Hemodiálise () Diálise peritoneal</p> <p>Tempo de dialítico:</p> <p>Tipo de acesso vascular:</p> <p>Inscrição na lista de transplante renal:</p>	
<p>Causa da DRC: () Diabetes () Hipertensão arterial () Doenças cardíacas</p> <p>() Outras:</p> <p>Tratamento</p>	

QUESTIONÁRIO ENFERMEIROS:

Instrumento de coleta de dados	
Identificação	Data: __/__/____
Nome:	
Idade:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Quantos anos de profissão:	
Quanto tempo de contribuição na clínica de hemodiálise:	
Possui especialização em nível de pós-graduação na área da enfermagem:	
Estado civil:	
Religião:	

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PACIENTES)

Convidamos o(a) senhor(a) a participar voluntariamente da pesquisa intitulada *O papel da esperança no processo de cuidar do paciente renal crônico dialítico*³, sob responsabilidade da pesquisadora Rayane Alves Tomaz Moreira.

O objetivo da pesquisa é mensurar o nível de esperança de pacientes renais crônicos em tratamento dialítico e identificar a percepção de enfermeiros sobre a importância desse fator no âmbito do cuidado desses indivíduos. A pesquisa se justifica pelo fato de que a esperança é de extrema relevância para o planejamento de cuidados humanizados. Assim, reconhecer o nível de esperança de pacientes com doenças crônicas contribui para um melhor enfrentamento da enfermidade. Nesse contexto, o enfermeiro mostra-se como um profissional essencial para atuar na prevenção e na progressão da doença crônica renal, através de ações eficazes e que atendam verdadeiramente às necessidades tanto físicas como emocionais dos pacientes acometidos por essa doença.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa. Asseguramos que seu nome e seus dados serão mantidos no mais rigoroso sigilo, pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Sua participação se dará por meio de dois instrumentos de pesquisa: 1) questionário com perguntas abertas e fechadas, que tem como objetivo conhecer um pouco sobre sua história de vida e sua doença; 2) aplicação da Escala de Esperança de Herth (EEH), composta por 12 itens afirmativos.

Os riscos físicos desta pesquisa são mínimos, visto que a pesquisa não envolve nenhum tipo de tratamento experimental. Caso sinta algum desconforto psicológico durante a entrevista, o(a) senhor(a) será acolhido e poderá ser acionado os serviços da psicologia como auxílio. Nesse caso, a entrevista será interrompida. Esse acolhimento será com o máximo de descrição possível, com a realização de um atendimento em particular pelo serviço de psicologia. Se necessário, o senhor(a) será acompanhado até quando o profissional psicólogo achar conveniente.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo como benefício desta pesquisa, com a discussão científica acerca do papel da esperança no âmbito do cuidado de pacientes renais crônicos, favorecendo, assim, a qualificação dos profissionais da área de saúde para o tema.

O(a) senhor(a) pode se recusar a responder a qualquer questão que lhe cause constrangimento, podendo também desistir de participar da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado(a), obedecendo-se às disposições legais vigentes no Brasil.

Todas as despesas que você e seu acompanhante tiverem relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação, no local da pesquisa ou exames para a realização da pesquisa), serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Hospital Regional de Taguatinga (HRT), podendo ser publicados posteriormente. Os dados e os materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos. Após esse tempo, serão destruídos.

³ Inicialmente, o título original da dissertação. No entanto, houve sugestão de mudança por parte da banca, acatada por esta pesquisadora.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para Rayane Alves Tomaz Moreira, no Hospital Regional de Taguatinga (HRT), por meio do seguinte número: (61) 3353-1177, ou a qualquer momento, com possibilidade ligação a cobrar no número: (61) 99112-6662. O e-mail da pesquisadora é: enfermeiraray@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidas por meio do telefone: (61) 3325-4940.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome/Assinatura

Pesquisadora responsável

Nome/Assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIROS)

Convidamos o(a) senhor(a) a participar voluntariamente da pesquisa intitulada *O papel da esperança no processo de cuidar do paciente renal crônico dialítico*⁴, sob responsabilidade da pesquisadora Rayane Alves Tomaz Moreira.

O objetivo da pesquisa é mensurar o nível de esperança de pacientes renais crônicos em tratamento dialítico e identificar a percepção de enfermeiros sobre a importância desse fator no âmbito do cuidado desses indivíduos. A pesquisa se justifica pelo fato de que a esperança é de extrema relevância para o planejamento de cuidados médicos humanizados. Assim, reconhecer o nível de esperança de pacientes com doenças crônicas contribui para um melhor enfrentamento da enfermidade. Nesse contexto, o enfermeiro mostra-se como um profissional essencial para atuar na prevenção e na progressão da doença crônica renal, através de ações eficazes e que atendam verdadeiramente às necessidades tanto físicas como emocionais dos pacientes acometidos por essa insuficiência.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa. Asseguramos que seu nome e seus dados serão mantidos no mais rigoroso sigilo, pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Sua participação se dará por meio da aplicação de um questionário semiestruturado, contendo 4 questões que versam sobre sua percepção acerca da esperança dos pacientes renais crônicos dialíticos e um roteiro para delimitar um pouco o seu perfil sociodemográfico e profissional.

Os riscos físicos desta pesquisa são mínimos, visto que a pesquisa não envolve nenhum tipo de tratamento experimental. Caso sinta algum desconforto psicológico durante a entrevista, o(a) senhor(a) será acolhido e poderá ser acionado os serviços da psicologia como auxílio. Nesse caso, a entrevista será interrompida. Esse acolhimento será com o máximo de descrição possível, com a realização de um atendimento em particular pelo serviço de psicologia. Se necessário, o senhor(a) será acompanhado até quando o profissional psicólogo achar conveniente.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo como benefício desta pesquisa, com a discussão científica acerca do papel da esperança no âmbito do cuidado de pacientes renais crônicos, favorecendo, assim, a qualificação dos profissionais da área de saúde para o tema.

O(a) senhor(a) pode se recusar a responder a qualquer questão que lhe cause constrangimento, podendo também desistir de participar da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado(a), obedecendo-se às disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Hospital Regional de Taguatinga (HRT), podendo ser publicados posteriormente. Os dados e os materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos. Após esse tempo, serão destruídos.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para Rayane Alves Tomaz Moreira, no Hospital Regional de Taguatinga (HRT), por meio do

⁴ Inicialmente, o título original da dissertação. No entanto, houve sugestão de mudança por parte da banca, acatada por esta pesquisadora.

seguinte número: (61) 3353-1177, ou a qualquer momento, com possibilidade de ligação a cobrar no número: (61) 99112-6662. O e-mail da pesquisadora é: enfermeiraray@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidas por meio do telefone: (61) 3325-4940.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome/Assinatura

Pesquisadora responsável

Nome/Assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE D – ENTREVISTA ENFERMEIROS

Entrevista do(a) enfermeiro(a)
Data: ___/___/___
<ol style="list-style-type: none">1. Me fale do seu entendimento sobre a esperança.2. Que papel esse sentimento desempenha na sua vida?3. Você acha que o sentimento de esperança é importante para os pacientes doentes renais crônicos em tratamento dialítico?4. Quais são as suas ações práticas no sentido de recuperar, manter ou promover o sentimento de esperança dos pacientes no seu cotidiano de trabalho?
Observações:
Enfermeiro(a):

ANEXO A – ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH



ANEXO

ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH (EEH)

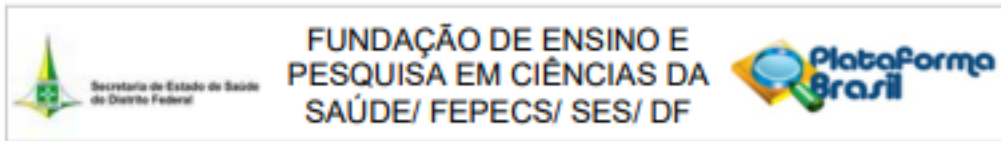
Várias afirmações estão abaixo enumeradas. Leia cada afirmação e coloque um [X] na coluna que descreve o quanto você concorda com esta afirmação neste momento.

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
1. Eu estou otimista quanto à vida.				
2. Eu tenho planos a curto e longo prazos.				
3. Eu me sinto muito sozinho(a).				
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades.				
5. Eu tenho uma fé que me conforta.				
6. Eu tenho medo do meu futuro.				
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.				
8. Eu me sinto muito forte.				
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor.				
10. Eu sei onde eu quero ir.				
11. Eu acredito no valor de cada dia.				
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.				

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA (FEPECS/SES/DF)⁵

	FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF									
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
Elaborado pela Instituição Coparticipante										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
Título da Pesquisa: O papel da esperança no processo de cuidar do paciente renal crônico dialítico.										
Pesquisador: RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA										
Área Temática:										
Versão: 1										
CAAE: 89778518.8.3001.5553										
Instituição Proponente: HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 2.849.218										
Apresentação do Projeto:										
<p>“A doença renal crônica (DRC) é uma síndrome complexa, normalmente, lenta e progressiva, que faz com que os rins percam a capacidade de excretar metabólitos. A partir do diagnóstico, o paciente renal crônico dialítico, isto é, aquele submetido regularmente à diálise, passa a experienciar mudanças bruscas de vida, ocasionadas por limitações agudas, como a restrição alimentar severa, por exemplo, e por um tratamento doloroso e delicado. Tal situação pode desencadear dúvidas sobre sua expectativa de vida, além de medo e de outros sentimentos negativos. Diante desse contexto, este pré-projeto de pesquisa busca, como objetivo principal, analisar e compreender o papel do fator esperança no tratamento de renais crônicos dialíticos, a fim de incrementar a atuação dos profissionais da área de saúde, em especial, os enfermeiros, na melhoria da qualidade da assistência prestada a esses indivíduos. A pesquisa aqui proposta será desenvolvida no âmbito de um hospital público do Distrito Federal (DF), norteadora pelos seguintes objetivos específicos: traçar o perfil dos pacientes que realizam hemodiálise e/ou diálise peritoneal na clínica de hemodiálise desse estabelecimento de saúde; mensurar o nível de esperança desses sujeitos; e investigar a percepção dos enfermeiros que cuidam desses pacientes acerca da importância da esperança no tratamento da DRC. Este estudo assumirá um caráter exploratório e descritivo, tendo como base a abordagem quanti-qualitativa. Os dados serão obtidos por meio de entrevista semiestruturada, os quais serão processados</p>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Endereço: BMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS</td> <td style="padding: 2px;">CEP: 70.710-004</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Bairro: ASA NORTE</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">UF: DF</td> <td style="padding: 2px;">Município: BRASÍLIA</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Telefone: (61)3325-4940</td> <td style="padding: 2px;">E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com</td> </tr> </table>			Endereço: BMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS	CEP: 70.710-004	Bairro: ASA NORTE		UF: DF	Município: BRASÍLIA	Telefone: (61)3325-4940	E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com
Endereço: BMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS	CEP: 70.710-004									
Bairro: ASA NORTE										
UF: DF	Município: BRASÍLIA									
Telefone: (61)3325-4940	E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com									
Página 01 de 06										

⁵ No parecer em questão, consta o título escolhido inicialmente para a dissertação. No entanto, houve sugestão de mudança por parte da banca, acatada por esta pesquisadora.



Continuação do Parecer: 2.849.218

posteriormente no software IRAMUTEQ. Como resultados esperados, pretende-se que esta pesquisa possa incentivar os enfermeiros a refletirem sobre a importância da esperança no cuidado do paciente com DRC, visto que esse fator é um meio relevante para o enfrentamento de doenças que desencadeiam profundas mudanças no estado de saúde de um indivíduo.”

Objetivo da Pesquisa:

“Objetivo Primário:

Analisar o papel da esperança no tratamento de pacientes renais crônicos dialíticos.

Objetivo Secundário:

- Traçar o perfil dos pacientes que realizam hemodiálise e/ou diálise peritoneal na clínica de hemodiálise de um hospital público do Distrito Federal (DF).
- Mensurar o nível de esperança desses pacientes.
- Investigar a percepção dos enfermeiros que cuidam desses pacientes acerca da importância da esperança no tratamento da doença renal crônica dialítica.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

“Riscos:

Os riscos físicos são mínimos, visto que a pesquisa não envolve nenhum tipo de tratamento experimental. No que concerne aos riscos psíquicos, caso haja um desconforto psicológico durante a entrevista, o participante será acolhido e poderá ser acionado os serviços da psicologia como auxílio. Nesse caso a entrevista será interrompida.

Benefícios:

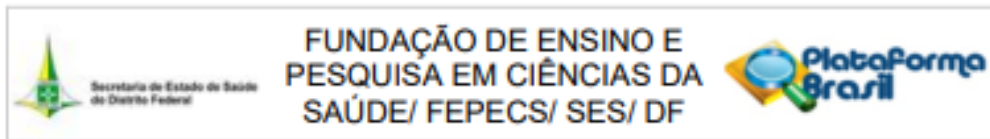
Esperamos contribuir com a discussão científica acerca do papel da esperança no âmbito dos cuidados fornecidos ao paciente renal crônico dialítico, favorecendo, assim, a qualificação dos profissionais para o tema, a fim de suprir a carência de atendimentos humanizados e integralizados.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

“Métodos

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa-qualitativa. Este estudo será realizado no Hospital Regional de Taguatinga (HRT), na clínica de hemodiálise do HRT é composta por 28 máquinas de hemodiálise, mas devido a falta de recursos humanos, há disponibilidade de apenas 16 a 20 vagas em cada turno, sendo realizados 4 turnos segunda, quarta e sexta, e 3 turnos terça, quinta e sábado. A amostra será composta por todos os clientes que tiverem DRC e realizarem hemodiálise ou diálise peritoneal nesta clínica, independentemente

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-004
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4940 E-mail: comitedeeicsa.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.849.218

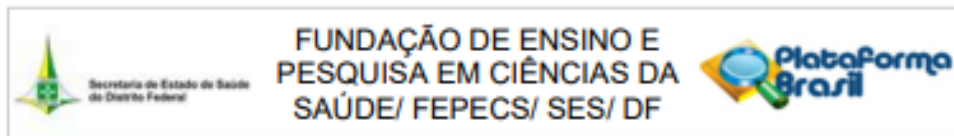
do tempo de tratamento. O que dá cerca de 143 clientes ativos na unidade. Os profissionais enfermeiros que compõem a equipe, são eles, 8 na hemodiálise, 2 na diálise peritoneal e 1 na supervisão, totalizando 11 profissionais. Como critérios de inclusão: ter idade a partir de 18 anos, realizar hemodiálise na clínica ou diálise peritoneal, ter DRC, ter o estado mental cognitivo preservado e os que aceitarem, tiverem interesse e disponibilidade em participar voluntariamente da pesquisa. Como critérios de exclusão: todos aqueles que não concordarem com os procedimentos éticos da pesquisa, que não tiverem interesse em participar, dificuldade de fala e estado mental prejudicado. Será elaborado pela pesquisadora, um instrumento contendo informações para traçar o perfil do cliente, como idade, sexo, estado civil, procedência, moradia, filhos, tipo de tratamento, tempo de tratamento com diálise, internação hospitalar por causa da doença e causa da DRC. Será aplicado, também, para os pacientes a Escala de Esperança de Herth, composta por 12 itens afirmativos e a graduação dos itens ocorre por escala do tipo Likert de 4 pontos, variando de concordo completamente a discordo completamente (HERTH, 1992). O total varia de 12 a 48 e quanto maior for o score, mais alto o nível de esperança. Há duas afirmações, número 3 e 6 que apresentam scores invertidos (SARTORE; GROSSI, 2007). É uma escala considerada breve, pois gasta cerca de 10 minutos para o preenchimento e é de fácil compreensão (ORLANDI, et al., 2010). Tem origem americana, mas foi validada para o Brasil (SARTORE; GROSSI,

2007). A coleta de dados será realizada durante as sessões de hemodiálise, haja vista que os pacientes dialisam de 3 a 4h por sessão. E os que realizam o acompanhamento da diálise peritoneal serão abordados, antes ou após as consultas. Será aplicado também um questionário para os enfermeiros, sob a forma de entrevista semiestruturada. Onde serão abordadas questões capazes de responder os objetivos desta pesquisa. As

entrevistas realizadas com os enfermeiros, serão transcritas e submetidas ao software IRAMUTEC (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que permite variados processamentos e análises estatísticas de textos. Os dados coletados com a Escala de Esperança de Herth serão dispostos em um banco de dados criado no Microsoft Excel e, posteriormente, analisados por meio de

estatística descritiva simples, por meio de medida de tendência central e dispersão. Possíveis associações entre as variáveis serão analisadas a posteriori. Os dados coletados por meio da Escala de Esperança de Herth (EEH) serão dispostos em um banco de dados, a ser criado no programa Microsoft Excel. Posteriormente, serão analisados por meio de uma estatística descritiva simples. As entrevistas realizadas junto aos enfermeiros e a pergunta norteadora dos pacientes serão transcritas e submetidas a análise de conteúdo com auxílio do software IRAMUTEC (Interface de R

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-004
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4940 **E-mail:** comitedetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.849.218

pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que permite variados processamentos e análises estatísticas de textos lançados. É um software gratuito e, portanto, mais acessível. No ano de 2013, o IRAMUTEC entrou em funcionamento no Brasil e, desde então, a área da saúde tem utilizado consideravelmente essa ferramenta. De acordo com Camargo e Justo (2013, p. 515), este programa viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude). Ele organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (análise de similitude e nuvem de palavras).”

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados adequadamente os termos:

- Submissão do projeto no CEP/FS/UNB - PARECER CONSUBSTANCIADO No. 2.696.678 PROJETO CAAE No. 89778518.8.0000.0030, carta resposta com o atendimento das pendências (TCLE, Riscos e benefícios, critérios de inclusão de participantes no estudo)
- Folha de Rosto - instituição coparticipante
- Termo de Anuência - assinado pela Diretora e chefe da Clínica de Hemodiálise do HRT.
- Projeto de pesquisa completo contendo cronograma e orçamento da pesquisa
- Reflexão sobre os Riscos e Benefícios da Pesquisa, a luz da Resolução CNS/MS 466/12
- 2 instrumentos de TCLE, destinado a pacientes e enfermeiros

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

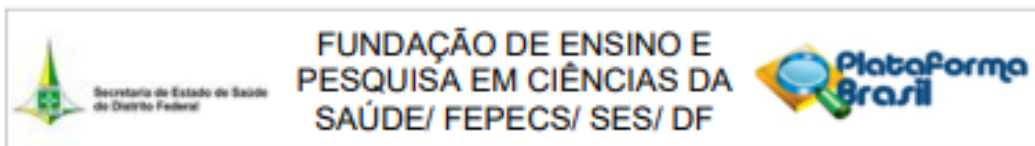
O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

O presente Parecer de aprovação tem validade de até dois anos, mediante apresentação de relatórios parciais, e após decorrido esse prazo, caso necessário, deverá ser apresentada emenda para prorrogação do cronograma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4940 E-mail: comitedeeicsa.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.849.218

Projeto aprovado.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

O presente Parecer de aprovação tem validade de até dois anos, mediante apresentação de relatórios parciais, e após decorrido esse prazo, caso necessário, deverá ser apresentada emenda para prorrogação do cronograma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1173181.pdf	14/07/2018 09:28:16		Aceito
Outros	termodeanuencia_umapagina.pdf	14/07/2018 09:25:19	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Outros	termo_de_anuencia_de_coparticipacao.pdf	11/07/2018 22:36:17	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_fepecs.pdf	10/07/2018 11:18:22	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Outros	ciencia_psicologia.pdf	24/06/2018 18:57:31	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Outros	CartaRespPendencias_CEPFS.doc	23/06/2018 12:32:15	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_plataforma_ultimaversao_modificado.docx	23/06/2018 01:29:23	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENF_modificado.docx	23/06/2018 01:28:57	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PCT_modificado.docx	23/06/2018 01:28:39	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Outros	curriculo_lattes_moema.pdf	16/05/2018 15:38:14	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Outros	curriculo_lattes_rayane.pdf	16/05/2018 11:10:18	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

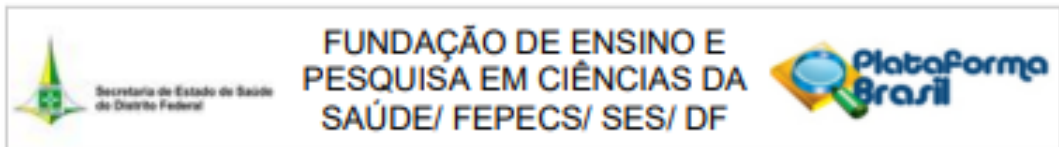
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefons: (61)3325-4940

E-mail: comitedetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.849.218

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_plataforma_ultimaversao.docx	11/05/2018 20:36:25	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
---	--------------------------------------	------------------------	-------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

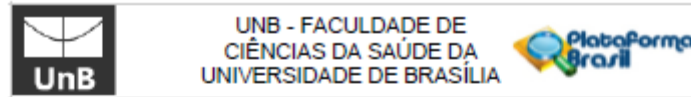
Não

BRASILIA, 28 de Agosto de 2018

Assinado por:
DILLIAN ADELAINÉ CESAR DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3325-4940 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA (CEP/FS/UNB)⁶



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O papel da esperança no processo de cuidar do paciente renal crônico dialítico.

Pesquisador: RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89778518.8.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.752.613

Apresentação do Projeto:

Conforme Resumo: "A doença renal crônica (DRC) é uma síndrome complexa, normalmente, lenta e progressiva, que faz com que os rins percam a capacidade de excretar metabólitos. A partir do diagnóstico, o paciente renal crônico dialítico, isto é, aquele submetido regularmente à diálise, passa a experimentar mudanças bruscas de vida, ocasionadas por limitações agudas, como a restrição alimentar severa, por exemplo, e por um tratamento doloroso e delicado. Tal situação pode desencadear dúvidas sobre sua expectativa de vida, além de medo e de outros sentimentos negativos. Diante desse contexto, este pré-projeto de pesquisa busca, como objetivo principal, analisar e compreender o papel do fator esperança no tratamento de renais crônicos dialíticos, a fim de incrementar a atuação dos profissionais da área de saúde, em especial, os enfermeiros, na melhoria da qualidade da assistência prestada a esses indivíduos. A pesquisa aqui proposta será desenvolvida no âmbito de um hospital público do Distrito Federal (DF), norteada pelos seguintes objetivos específicos: traçar o perfil dos pacientes que realizam hemodiálise e/ou diálise peritoneal na clínica de hemodiálise desse estabelecimento de saúde; mensurar o nível de esperança desses sujeitos; e investigar a percepção dos enfermeiros que cuidam desses pacientes acerca da importância da esperança no tratamento da DRC. Este estudo assumirá um caráter exploratório e descritivo, tendo como base a abordagem quanti-qualitativa. Os dados serão obtidos por meio de entrevista semiestruturada, os quais serão processados posteriormente no software IRAMUTEQ. Como resultados esperados, pretende-se que esta pesquisa possa incentivar

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.915-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Página 01 de 11

⁶ No parecer em questão, consta o título escolhido inicialmente para a dissertação. No entanto, houve sugestão de mudança por parte da banca, acatada por esta pesquisadora.



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.752.613

os enfermeiros a refletirem sobre a importância da esperança no cuidado do paciente com DRC, visto que esse fator é um meio relevante para o enfrentamento de doenças que desencadeiam profundas mudanças no estado de saúde de um indivíduo."

Conforme a Introdução: "A doença renal crônica (DRC), segundo Ottaviani et al. (2014, p. 249), "é considerada uma síndrome complexa, geralmente lenta e progressiva, que leva à perda da capacidade dos rins de excretar metabólitos". O tratamento da DRC requer, em princípio, a adesão a uma dieta específica e/ou o uso de medicamentos. Porém, se a função renal atingir menos de 10%, tratamentos dialíticos e/ou transplantes podem ser necessários (BARROS, 2004).

A partir do diagnóstico, o paciente renal crônico dialítico, isto é, aquele submetido regularmente à diálise, passa a experimentar mudanças bruscas de vida, ocasionadas por limitações agudas, como a restrição alimentar severa, por exemplo, e por um tratamento doloroso e delicado. A hemodiálise é feita por uma máquina, que filtra o sangue fora do organismo, podendo ser realizada, em média, três vezes por semana, durante um período de três a cinco horas por sessão, a depender das necessidades individuais de cada um (RESENDE et al., 2007).

A insuficiência renal, é uma doença desagradável e de difícil aceitação. O paciente renal crônico dialítico corre o risco de viver angustiado, temeroso e com profundas incertezas quanto ao futuro. Assim, pode acabar por abandonar seus desejos cotidianos de vida, além de seus sonhos de ter um futuro prazeroso (SALES et al., 2014).

Dessa maneira, podemos notar que a nova condição de vida desse indivíduo afeta não somente seu estado físico, mas, também, suas dimensões social, familiar, econômica, psicológica e espiritual, já que fica muito tempo exposto a situações longas e estressantes, inerentes aos procedimentos terapêuticos da síndrome renal. Tais situações podem desencadear dúvidas sobre sua expectativa de vida, além de medo e de outros sentimentos negativos (COUTINHO; COSTA, 2015)." E ainda na Introdução: "Nesse sentido, profissionais da área de saúde que não assumem uma perspectiva mais otimista podem acabar por reforçar o negativismo e o desânimo em seus pacientes. Assim, em vez de oferecerem esperança, acabam por ofertar apenas piedade, comportamento que pode agravar o sofrimento alheio. (TORRES, 2007, p. 39).

Portanto, para que os profissionais da área de saúde, em especial, os enfermeiros, possam ter maior compreensão sobre a necessidade de estimular a esperança junto a seus pacientes, é necessário oportunizar espaços de reflexão sobre o tema. Avaliar a esperança, no âmbito dos cuidados dos pacientes que possuem doenças crônicas, tal como proposto neste estudo, é um subsídio que pode vir a possibilitar o planejamento de intervenções cada vez mais adequadas e

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cefsuwb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.752.613

que reduzam o impacto da moléstia no cotidiano desses indivíduos (BARTORE; GROSSI, 2008)."

No Referencial teórico apresenta: "(...) A transpessoalidade é um caminho possível a ser seguido pela área de enfermagem, no entanto, ainda existem obstáculos à sua implementação. Diante disso, o profissional desse campo de atuação precisa aprender a abandonar seus julgamentos e preconceitos, e a acolher a espiritualidade como parte do cuidado, apesar do predomínio da abordagem técnico-científica que permeia nossa formação. Por isso, é indispensável a abertura a novas práticas assistenciais, que ultrapassem o paradigma da objetividade e do biologicismo (GOMES et al., 2013).

Com base principalmente nesses constructos teóricos, além de outros que serão posteriormente agregados, é que este estudo buscará investigar e compreender a importância do papel da esperança no processo de cuidado de pacientes renais crônicos dialíticos, a fim de incrementar a atuação dos profissionais da área de saúde, em especial, os enfermeiros, na melhoria da qualidade da assistência prestada a esses indivíduos."

LOCAL: HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT - Instituição Coparticipante.

NUMERO DE PARTICIPANTES: "Participarão deste estudo pacientes renais crônicos que realizam hemodiálise ou diálise peritoneal na clínica de hemodiálise do Hospital Regional de Taguatinga (HRT), independentemente do tempo de tratamento. Estima-se que na atualidade existam 143 pacientes ativos nessa clínica. Os enfermeiros que compõem a equipe de hemodiálise e de diálise peritoneal desse estabelecimento de saúde também participarão do estudo. Atualmente, são 11 enfermeiros: oito na hemodiálise, dois na diálise peritoneal e um na supervisão." Totalizando: 155 participantes.

CUSTO: R\$ 2.245,00, com material de escritório e com gastos com deslocamento.

DATA INICIO DA COLETA: Julho a Dezembro

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL: "Analisar o papel da esperança no tratamento de pacientes renais crônicos dialíticos."

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: "Traçar o perfil dos pacientes que realizam hemodiálise e/ou diálise

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfurb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.752.613

peritoneal na clínica de hemodiálise de um hospital público do Distrito Federal (DF). Mensurar o nível de esperança desses pacientes. Investigar a percepção dos enfermeiros que cuidam desses pacientes acerca da importância da esperança no tratamento da doença renal crônica dialítica."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Os riscos físicos são mínimos, visto que a pesquisa não envolve nenhum tipo de tratamento experimental. No que concerne aos riscos psíquicos, caso haja um desconforto psicológico durante a entrevista, o participante será acolhido e poderá ser acionado os serviços da psicologia como auxílio. Nesse caso a entrevista será interrompida. E se necessário haverá um acompanhamento por parte da psicologia do setor."

Benefícios:

"Esperamos, também, como benefício da pesquisa, contribuir com a discussão científica acerca do papel da esperança no âmbito dos cuidados fornecidos ao paciente renal crônico dialítico, favorecendo, assim, a qualificação dos profissionais para o tema, a fim de suprir a carência de atendimentos humanizados e integralizados."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, UnB, de Rayane Alves Tomaz Moreira, sob a orientação da Profa. Dra. Moema da Silva Borges.

"A pesquisa exploratória, na fase quantitativa do estudo, envolverá a aplicação da Escala de Esperança de Herth (EEH), que terá o objetivo de mensurar a esperança de vida dos pacientes com doença renal crônica."

CENÁRIO DE ESTUDO: "Este estudo será realizado no Hospital Regional de Taguatinga (HRT). Tal estabelecimento de saúde, de 36 mil metros quadrados, é público e foi inaugurado no ano de 1974. Tem capacidade de internação para 400 leitos e atendimento ambulatorial. Atualmente, o HRT possui cerca de 2.700 servidores. Na emergência, são atendidos em torno de 250 mil pacientes por ano, nas seguintes especialidades: clínica médica, ginecologia, obstetrícia, pediatria, odontologia, cardiologia, ortopedia, cirurgia geral, otorrinolaringologia e urologia. No ambulatório, são atendidas mais de 25 especialidades, entre elas, cirurgia geral, dermatologia, nefrologia,

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: caphunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Contribuição do Parecer: 2.752.613

oftalmologia e fisioterapia. O HRT possui uma clínica de hemodiálise, que realiza o tratamento de hemodiálise e o acompanhamento de diálise peritoneal. A clínica em questão está localizada no térreo do referido hospital, que possui cinco andares, no total. Ela é composta por 28 máquinas de hemodiálise, no entanto, devido à falta de recursos humanos, apenas 20 estão disponíveis para uso. São quatro turnos para a realização de hemodálises: manhã, tarde, início da noite e madrugada. Já os acompanhamentos de diálise peritoneal são realizados uma vez por semana, geralmente às quartas-feiras. Atualmente, há 88 pacientes que realizam hemodiálise e 55 que participam do acompanhamento de diálise peritoneal. A assistência ao paciente renal crônico dialítico, no Hospital Regional de Taguatinga, é realizada por uma equipe multiprofissional, que engloba enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogos e nutricionistas."

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: "Para ser incluído neste estudo, o paciente deverá ter idade mínima de 18 anos, portar doença renal crônica (DRC), realizar hemodiálise ou diálise peritoneal na clínica de hemodiálise do Hospital Regional de Taguatinga (HRT), e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. Da forma análoga, o enfermeiro participante deste estudo deverá aceitar, ter interesse e disponibilidade em participar voluntariamente da pesquisa."

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: "Será excluído da pesquisa o paciente que não tiver o estado mental cognitivo preservado. Será excluído o enfermeiro que estiver afastado do trabalho durante o período em que a coleta de dados estiver sendo realizada (motivos: licenças, afastamentos, etc). E aqueles que tiverem menos de 6 meses de experiência no setor."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos analisados para emissão desse parecer foram:

- 1) PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1110453.pdf 24/06/2018 .
- 2) ciencia_psicologia.pdf postado em 24/06/2018, carta da Carmen L. C. da Silva, assinada e cliente da pesquisa.
- 3) CartaRespPendencias_CEPFS.doc postado em 23/06/2018.
- 4) projeto_plataforma_ultimaversao_modificado.docx postado em 23/06/2018.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfurb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.752.613

5) TCLE_ENF_modificado.docx postado em 23/06/2018.

6) TCLE_POT_modificado.docx postado em 23/06/2018.

Recomendações:

Numerar as páginas do documento para preservar a integridade do documento. Por exemplo: página 1 de 2, página 2 de 2.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 2.696.678:

1) Solicita-se incluir no projeto detalhado os riscos e os benefícios descritos no projeto da Plataforma Brasil.
RESPOSTA: Segue a resposta "ANTES: "No que concerne aos riscos psíquicos, caso haja um desconforto psicológico durante a entrevista, o participante será acolhido e poderá ser acionado os serviços de psicologia como auxílio. Nesse caso a entrevista será interrompida." MODIFICADO: Os riscos físicos são mínimos, visto que a pesquisa não envolve nenhum tipo de tratamento experimental. No que concerne aos riscos psíquicos, caso haja um desconforto psicológico durante a entrevista, o participante será acolhido e poderá ser acionado os serviços de psicologia como auxílio. Nesse caso a entrevista será interrompida. E se necessário haverá um acompanhamento por parte da psicologia do setor. (página 15, 4º parágrafo do projeto detalhado). ANTES: "Esperamos contribuir com a discussão científica acerca do papel da esperança no âmbito dos cuidados fornecidos ao paciente renal crônico dialítico, favorecendo, assim, a qualificação dos profissionais para o tema, a fim de suprir a carência de atendimentos humanizados e integralizados." MODIFICADO: Esperamos, também, como benefício da pesquisa, contribuir com a discussão científica acerca do papel da esperança no âmbito dos cuidados fornecidos ao paciente renal crônico dialítico, favorecendo, assim, a qualificação dos profissionais para o tema, a fim de suprir a carência de atendimentos humanizados e integralizados. (Página 16, 2º parágrafo do projeto detalhado)."
ANÁLISE: A adequação foi realizada, apesar da palavra "mínimo" não ser adequada, solicita-se excluir.
PENDÊNCIA ATENDIDA

2) Solicita-se rever os critérios de exclusão para o participante de pesquisa (paciente), os quais não foram apresentados. Tal alteração deverá constar no Projeto da Plataforma Brasil e Projeto

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfurb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.752.613

Detalhado.

RESPOSTA: "ANTES: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: "Para ser incluído neste estudo, o paciente deverá ter idade mínima de 18 anos, portar doença renal crônica (DRC), realizar hemodálise ou diálise peritoneal na clínica de hemodálise do Hospital Regional de Taguatinga (HRT), ter o estado mental cognitivo preservado e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. Da forma análoga, o enfermeiro participante deste estudo deverá aceitar, ter interesse e disponibilidade em participar voluntariamente da pesquisa." **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:** "Será excluído o enfermeiro que estiver afastado do trabalho durante o período em que a coleta de dados estiver sendo realizada (motivos: licenças, afastamentos, etc). E aqueles que tiverem menos de 6 meses de experiência no setor."

MODIFICADO: "CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Para ser incluído neste estudo, o paciente deverá ter idade mínima de 18 anos, portar doença renal crônica (DRC), realizar hemodálise ou diálise peritoneal na clínica de hemodálise do Hospital Regional de Taguatinga (HRT), e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. Da forma análoga, o enfermeiro participante deste estudo deverá aceitar, ter interesse e disponibilidade em participar voluntariamente da pesquisa. (Página 13, 1ª e 2ª parágrafo do projeto detalhado)

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Será excluído da pesquisa o paciente que não tiver o estado mental cognitivo preservado. Será excluído o enfermeiro que estiver afastado do trabalho durante o período em que a coleta de dados estiver sendo realizada (motivos: licenças, afastamentos, etc). E aqueles que tiverem menos de 6 meses de experiência no setor. (Página 13, 3ª e 4ª parágrafo do projeto detalhado).

ANÁLISE: Foi realizado adequação como se observa na resposta apresentada. E nos documentos os parágrafos foram alterados como afirmado.

PENDÊNCIA ATENDIDA

3) Quanto aos TCLEs:

3.1) Solicita-se informar a aprovação pelo CEP/FS e CEP/FEPCS.

RESPOSTA: "Acrescentado esta parte nos dois TCLE (PACIENTE E ENFERMEIRO):

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPCS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsurb@gmail.com

Página 07 de 11



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.752.613

pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepts@unb.br ou ceptsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FB se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidas por meio do telefone: (61) 3325-4940. Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a). (9º, 10º e 11º parágrafo do TCLE, final da primeira página e página 2º).

ANÁLISE: Os trechos foram alterados e ajustados nos documentos solicitados.

PENDÊNCIA ATENDIDA

3.2) Para preservar a integridade do documento, solicita-se numerar as páginas.

RESPOSTA: "Os dois TCLE (paciente e enfermeiro) tiveram as suas páginas numeradas em 1 e 2."

ANÁLISE: Adequação realizada, entretanto a numeração correta é 1/2; 2/2.

PENDÊNCIA ATENDIDA

4) Solicita-se informar como serão realizados o acolhimento e o apoio psicológico ao participante de pesquisa. Ainda, solicita-se apresentar declaração de ciência com a realização da pesquisa do serviço de psicologia do HRT.

RESPOSTA: "ANTES: Caso sinta algum desconforto psicológico durante a entrevista, o paciente será acolhido e poderá ser acionado os serviços da psicologia como auxílio. Nesse caso, a entrevista será interrompida. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo com a discussão científica acerca do papel da esperança no âmbito do cuidado de pacientes renais crônicos, favorecendo, assim, a qualificação dos profissionais da área de saúde para o tema." MODIFICADO: "Os riscos físicos desta pesquisa são mínimos, visto que a pesquisa não envolve nenhum tipo de tratamento experimental. Caso sinta algum desconforto psicológico durante a entrevista, o(a) senhor(a) será acolhido e poderá ser acionado os serviços da psicologia como auxílio. Nesse caso, a entrevista será interrompida. Esse acolhimento será com o máximo de descrição possível, com a realização de um atendimento em particular pelo serviço de psicologia. Se necessário, o senhor(a) será acompanhado até quando o profissional psicólogo achar conveniente.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo como benefício desta pesquisa, com a

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro		
Bairro: Asa Norte		CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA	
Telefone: (61)3107-1947		E-mail: ceptsunb@gmail.com

Página 02 de 11



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.752.013

discussão científica acerca do papel da esperança no âmbito do cuidado de pacientes renais crônicos, favorecendo, assim, a qualificação dos profissionais da área de saúde para o tema. (página 1 do TCLE (paciente e enfermeiro, 4º e 5º parágrafo)."

ANÁLISE: A pesquisadora ajustou o texto e incluiu do documento - ciencia_psicologia.pdf postado em 24/06/2018, carta da Carmen L. C. da Silva, assinada e cliente da pesquisa, nesse documento há a afirmação do HRT em disponibilizar a assistência necessária e o suporte a pesquisa em tela.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as pendências foram atendidas. Não há óbices éticos para a realização do presente projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

A realização das atividades do projeto na Instituição coparticipante está condicionada à aprovação pelo CEP responsável, o CEP-FEPECS/GEQ-DF.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1110453.pdf	24/06/2018 18:58:30		Aceito
Outros	ciencia_psicologia.pdf	24/06/2018 18:57:31	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Outros	CartaRespPendencias_CEPFS.doc	23/06/2018 12:32:15	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_plataforma_ultimaversao_modif cado.docx	23/06/2018 01:29:23	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENF_modificado.docx	23/06/2018 01:28:57	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PCT_modificado.docx	23/06/2018 01:28:39	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfurb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.752.613

Outros	curriculo_lattes_moema.pdf	16/05/2018 15:38:14	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_de_encaminhamento.pdf	16/05/2018 15:34:58	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTOembranco.doc	16/05/2018 15:34:33	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Outros	curriculo_lattes_rayane.pdf	16/05/2018 11:10:18	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Declaração de instituição e infraestrutura	TermoConcordCoparticipa CEPFS_semassinatura.doc	14/05/2018 17:41:34	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Declaração de instituição e infraestrutura	ModeloTACoparticipacao2016FEPECS_semassinatura.doc	14/05/2018 17:39:52	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoRespCompromPesq CEPFS_semassinatura.doc	14/05/2018 17:38:39	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade.pdf	14/05/2018 17:35:03	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Declaração de instituição e infraestrutura	termo_de_concordancia.pdf	14/05/2018 17:35:26	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Declaração de instituição e infraestrutura	termo_de_anuencia_de_coparticipacao.pdf	14/05/2018 17:35:09	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_plataforma_ultimaversao.docx	11/05/2018 20:36:25	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	11/05/2018 00:41:42	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	10/05/2018 16:16:49	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	10/05/2018 16:05:29	RAYANE ALVES TOMAZ MOREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfurb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Contribuição do Pensar: 2.752.613

BRASÍLIA, 03 de Julho de 2018

Assinado por:
Marie Togachi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfcurb@gmail.com

Página 11 de 11