

---

**ROSIMEIRE APARECIDA NETO DIAS VILLELA**

RELAÇÃO ENTRE O PADRÃO DE USO DE ÁLCOOL E SAÚDE MENTAL EM  
PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

**Orientadora: Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov**

**Coorientador: Telmo Mota Ronzani**

Juiz de Fora

2014

**ROSIMEIRE APARECIDA NETO DIAS VILLELA**

RELAÇÃO ENTRE O PADRÃO DE USO DE ÁLCOOL E SAÚDE MENTAL EM  
PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Rosimeire Aparecida Neto Dias Villela.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Coorientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Villela, Rosimeire Aparecida Neto Dias.

Relação entre o padrão de uso de álcool e saúde mental em pacientes com doença renal crônica / Rosimeire Aparecida Neto Dias Villela. -- 2014.

110 p.

Orientadora: Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Coorientador: Telmo Mota Ronzani

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2014.

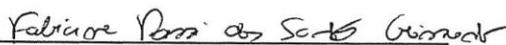
1. Consumo de álcool. 2. Doença renal crônica. 3. Suporte social. 4. Estratégias de enfrentamento. . I. Grincenkov, Fabiane Rossi dos Santos, orient. II. Ronzani, Telmo Mota, coorient. III. Título.

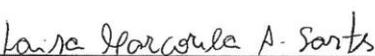
**Rosimeire Aparecida Neto Dias Villella**

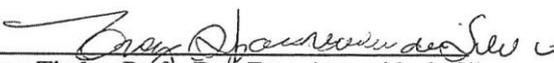
**PADRÃO DO USO DE ÁLCOOL E SAÚDE MENTAL EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL  
CRÔNICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora  
como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia por Rosimeire Aparecida Neto Dias Villella

Dissertação defendida e aprovada em 03 de fevereiro de dois mil e quatorze, pela banca constituída por:

  
Orientadora: Profa. Dra. Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov  
Universidade Federal de Juiz de Fora

  
Presidente: Profa. Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartés  
Universidade Federal de Juiz de Fora

  
Membro Titular: Profa. Dra. Eroy Aparecida da Silva  
UNIFESP

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade e luz constante nessa caminhada.

À minha família, pela paciência e horas sem a minha dedicação a eles.

Aos meus pais, José e Madalena, e irmãos, pelo apoio incondicional.

Ao Sr Dante e a Sra. Verônica Vilela e a Berenice, pelo suporte sempre presente.

À minha orientadora, Profa. Dra. Fabiane dos Santos Rossi Grincenkov, pela competência, respeito e dedicação nestes dois anos de convívio.

Ao Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani, pelas orientações precisas e sempre bem colocadas.

À Profa. Dra. Laisa Marcorela Andreole Sartes, pelas conversas pontuais e instrutivas.

À Profa. Eroy Aparecida da Silva, pela sensibilidade e ricas contribuições neste trabalho.

Aos professores e colegas de mestrado, pela boa convivência e troca profícua de conhecimentos e experiências.

Às alunas que participaram da coleta de dados da pesquisa: Adriana Diniz Meirelles, Mônica Brochini, Joyce Helena Rosa de Sousa; Natália Castro de Almeida; Carla Cristina do Valle.

À Coordenadora do Ambulatório de Transplante Renal do IMEPEN, Dra. Hélydy Sanders Pinheiro

Ao Coordenador do NIEPEN, Dr. Marcus Gomes Bastos.

Ao coordenador do Ambulatório de Transplante Renal do CTDR, Dr Gustavo Ferreira.

Ao coordenador do CTDR, Dr. Sebastião Ferreira.

Ao diretor do HU/UFJF, Dr. Dimas Augusto Carvalho de Araújo.

À Chefe do Departamento de Psicologia da UFJF, Profa. Dra. Raimunda Célia Torres.

Ao Prof. Dr. Altemir José Gonçalves Barbosa, pela competência na coordenação do programa de Pós-graduação em Psicologia da UFJF.

À coordenadora do Curso de Psicologia, Profa. Dra. Edelvais Keller.

Às revisoras dos textos, Anelise Guedes Lima Monteiro e Camilla Tollentino.

Às equipes dos serviços do NIEPEN/UFJF; HU/UFJF e CTDR pela colaboração para a coleta dos dados

Aos pacientes de DRC pela disponibilidade em participar da pesquisa.

*“Tudo, aliás, é a ponta de um mistério, inclusive os fatos.*

*Ou a ausência deles.*

*Duvida?”*

*Guimarães Rosa*

## RESUMO

**Introdução:** O consumo de álcool é um fator de risco que pode estar relacionado ao suporte social e estratégias de enfrentamento em pacientes com doença renal crônica (DRC). **Objetivo:** Avaliar a correlação entre uso de álcool e aspectos sociocognitivos em diferentes tratamentos para DRC. **Método:** Estudo quantitativo, associativo e transversal realizado no município de Juiz de Fora/MG, com 150 pacientes com DRC: 50 em tratamento conservador, 50 em tratamento de hemodiálise e 50 no transplante renal. Os instrumentos foram: questionário clínico e sociodemográfico; Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT); Inventário de Estratégias de Enfrentamento (IEE) de Folkman e Lazarus; Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS). Utilizou-se testes não paramétricos com nível de significância de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Encontrou-se um consumo de álcool de risco (34%) e padrão binge (16%). Não foram encontradas associações entre estratégias de enfrentamento e suporte social com o consumo de álcool. **Conclusão:** O uso de álcool é frequente entre pacientes com DRC e em padrões de consumo de risco, e não está associado à percepção de suporte social ou estratégias de enfrentamento na amostra estudada.

**Palavras-chave:** Consumo de Álcool, Doença Renal Crônica, Suporte Social, Estratégias de Enfrentamento.

## ABSTRACT

Introduction: Alcohol consumption is a risk factor that may be related to the social support and coping strategies in patients with chronic kidney disease (CKD). Objective: To assess the association between alcohol use and socio-cognitive aspects in different forms of treatment for CKD. Method: A quantitative, associative, and cross-sectional study conducted in the city of Juiz de Fora / MG, with 150 CKD patients: 50 undergoing conservative treatment, 50 on hemodialysis, and 50 renal transplant patients. The instruments were: a clinical and sociodemographic questionnaire; the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT); the Coping Strategies Inventory (CSI) by Folkman and Lazarus; the Scale of Perceived Social Support (SPSS). Nonparametric tests with a significance level of  $p < 0.05$  were used. Results: the findings were risky alcohol use (34%) and binge drinking patterns (16%). No associations with alcohol consumption were found for coping strategies and social support. Conclusion: Alcohol use among patients with CKD is common and in risky consumption patterns, and were not associated with perceived social support and coping strategies in the sample studied.

Keywords: Alcohol Consumption, Chronic Kidney Disease, Social Support, Coping Strategies.

## LISTA DE APÊNDICES

<b>Apêndice A</b> – Questionário sociodemográfico e clínico .....	94
<b>Apêndice B</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	96
<b>Apêndice C</b> – Outros resultados demonstrados nas Tabelas 1 e 2.....	97

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo A</b> –	AUDIT: Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool ...	100
<b>Anexo B</b> –	Inventário de estratégias de enfrentamento de Folkman e Lazarus (1985), adaptado para o português por Savóia et al. (1996).....	101
<b>Anexo C</b> –	Escala de percepção de suporte social (Siqueira, 2008).....	103
<b>Anexo D</b> –	Termo de concordância do Núcleo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisa e Tratamento em Nefrologia/Fundação Imepen.....	104
<b>Anexo E</b> –	Termo de concordância do ambulatório de transplante renal do Núcleo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisa e Tratamento em Nefrologia/Fundação Imepen.....	105
<b>Anexo F</b> –	Termo de concordância do ambulatório de nefrologia do HU/UFJF .....	106
<b>Anexo G</b> –	Termo de concordância Centro de Tratamento de Doenças Renais (CTDR)....	107
<b>Anexo H</b> –	Parecer Consubstanciado do Comitê e Ética em Pesquisa.....	108
<b>Anexo I</b> –	Comprovante de submissão do artigo <i>Avaliação dos Padrões de Uso de Álcool em Pacientes com Doença Renal Crônica</i> à Revista Brasileira de Epidemiologia .....	110

## LISTA DE ABREVIATURAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ABTO	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
ADH	Álcool Desidrogenase
ASI	Addiction Severity Index
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Cebrid	Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas
CID-10	Classificação Internacional de Doenças (10ª edição)
Conad	Conselho Nacional Antidrogas
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
DALY	Anos de Vida Perdidos ajustados por incapacidade
Datusus	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DOPPS	Dialysis Outcomes and Practice Pattern Study
DP	Diálise Peritoneal
DPA	Diálise Peritoneal Ambulatorial
DPAC	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
DRC	Doença Renal Crônica
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual – 4ª Edição
DUSI	Drug Use Screening Inventor
GATS	Global Adult Tobacco Survey
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HD	Hemodiálise
HU/UFJF	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
Imepen	Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisas em Nefrologia
IRC	Insuficiência Renal Crônica

K/DOQI	Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease Evaluation Classification
MS	Ministério da Saúde
Niepen	Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia
OMS	Organização Mundial de Saúde
PETab	Pesquisa Especial em Tabagismo
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
QV	Qualidade de vida
RFG	Ritmo de Filtração Glomerular
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
Senad	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SF-36	Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey
Sisnad	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
T-ASI	Teen Addiction Severity Index
TRS	Terapia Renal Substitutiva
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

# SUMÁRIO

LISTA DE APÊNDICES .....	viii
LISTA DE ANEXOS.....	ix
INTRODUÇÃO .....	1
<b>1 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Álcool e Doença Renal no Contexto das Doenças Crônicas não Transmissíveis .....</b>	<b>5</b>
<i>1.1.1 Epidemiologia e políticas públicas de controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).....</i>	<i>5</i>
<i>1.1.2 A Doença Renal Crônica: epidemiologia e caracterização .....</i>	<i>8</i>
<i>1.1.3 Formas de tratamento.....</i>	<i>10</i>
<i>1.1.3.1 Tratamento conservador.....</i>	<i>11</i>
<i>1.1.3.2 Tratamento dialítico .....</i>	<i>12</i>
1.1.3.2.1 Hemodiálise (Hd).....	12
1.1.3.2.2 Diálise peritoneal (DP) .....	13
<i>1.1.3.3 Transplante renal (Tx) .....</i>	<i>14</i>
<i>1.1.4 As dificuldades do tratamento e suas repercussões na saúde mental do paciente.....</i>	<i>15</i>
<b>1.2 Álcool: do Fenômeno a um Problema de Saúde Pública.....</b>	<b>19</b>
<i>1.2.1 Panorama geral: alguns dados epidemiológicos.....</i>	<i>19</i>
<i>1.2.2 Caracterização do problema .....</i>	<i>21</i>
<i>1.2.3 O Tratamento para os problemas relacionados ao uso de álcool.....</i>	<i>26</i>
<i>1.2.4 DRC e uso de álcool .....</i>	<i>29</i>
<b>1.3 Fatores Psicossociais: uma Interlocação com a Doença Renal Crônica e o Uso de Álcool .....</b>	<b>31</b>
<i>1.3.1 Fatores psicossociais: suporte social e coping .....</i>	<i>31</i>
<i>1.3.1.1 Suporte social: aspectos conceituais e metodológicos.....</i>	<i>31</i>
<i>1.3.1.2 O suporte social no campo da saúde.....</i>	<i>36</i>
<i>1.3.1.3 Estratégias de coping .....</i>	<i>38</i>
<i>1.3.2 Uso de álcool, suporte social e coping no contexto da doença renal crônica.....</i>	<i>40</i>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>47</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>47</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>47</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>48</b>
<b>3.1 Delineamento e Local de Estudo.....</b>	<b>48</b>
<b>3.2 Escolha da Metodologia.....</b>	<b>49</b>
<b>3.3 Caracterização da Amostra.....</b>	<b>50</b>
<b>3.3.1 Critérios de inclusão.....</b>	<b>51</b>

3.3.2 Critérios de exclusão .....	52
3.4 Instrumentos.....	52
3.5 Procedimentos .....	55
3.6 Análise dos Dados.....	56
3.7 Implicações Éticas.....	57
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>59</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>60</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>99</b>

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde ([OMS], 2010), aproximadamente 2,3 milhões de mortes por ano são consequentes do uso prejudicial de álcool, estando o seu consumo associado, também, ao agravamento de diversas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A extensão dos problemas associados ao consumo de álcool no Brasil caracteriza-o como um problema de saúde pública com alta prevalência e de grande impacto em termos psicossociais (Fonseca, Galduróz, Noto, & Carlini, 2010).

A prevalência do consumo de álcool de 12,3% (Carlini & Galduróz, 2005), com uso em faixas etárias mais precoces, indica a necessidade de rever medidas de controle, prevenção e tratamento. Dados do “Primeiro Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira” revelaram que 3% da população adulta preencheram critério para abuso de álcool e 9% para dependência de álcool. Entre as pessoas que consomem bebidas alcoólicas, 29% consumiam usualmente cinco ou mais doses por ocasião (Laranjeira, Pinsky, Sanches, Zaleski, & Caetano, 2010).

O álcool é um dos fatores de risco relacionado às DCNT (OMS, 2003). Em 2007, dos 72% de todas as mortes ocorridas no Brasil, decorrentes das DCNT, a doença renal crônica (DRC) foi apontada como uma das principais causas desses óbitos (Schmidt et al., 2011). Neste sentido, a alta prevalência de problemas relacionados ao consumo de álcool pode estar associada com uma maior prevalência de DCNT. Dentre as DCNT, a doença renal crônica é uma das condições que é apontada como podendo ter o seu aparecimento e agravamento associado ao consumo de álcool (De Francisco, Fresnedo, Palomar, Piñera, & Arias, 2005; Gueye et al., 2007; Iseki, 2005; McClellan e Flanders, 2003; White et al., 2009).

A DRC caracteriza-se por uma lesão nos rins, que acarreta perda progressiva e irreversível da função renal, comprometendo todo o organismo, sua evolução é marcada por fases: a fase pré-dialítica (estágios de I a V) com tratamento conservador; e estágio V, que envolve tanto a pré-diálise quanto a entrada em terapia renal substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise ou transplante renal). A DRC está associada a fatores de riscos como o diabetes

mellitus, hipertensão arterial, doenças cardíacas e histórico de doença renal na família (Bastos et al., 2004; Romão, 2004).

Intervenções precoces exigem importantes modificações no estilo de vida, incluindo a restrição do consumo de álcool e essa restrição é indicada como parte do protocolo de orientações para pacientes em tratamento de DRC (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos [ABTO], n.d.; Sociedade Brasileira de Nefrologia [SBN] e Associação Brasileira de Nutrologia [ABN], 2011). Para além do agravamento do quadro clínico da DRC, estudos apontam ainda que comportamentos como o abuso de substâncias estão relacionados às falhas na adesão e às recomendações do tratamento e mediam a relação entre transtornos mentais e a baixa sobrevida na DRC (Riezebos, Nauta, Honig, Dekker, & Siegert, 2010).

Como acontecimentos não normativos, as condições crônicas de saúde podem desencadear alterações negativas e perturbadoras na vida do indivíduo, gerando também outros problemas psicossociais (Pais-Ribeiro, 2006). O estresse é relacionado na literatura a essas condições de saúde, tanto por envolver vários aspectos psicossociais da vida do indivíduo quanto pela exigência de tratamentos contínuos e restritivos, podendo exercer influência importante sobre resultados médicos e psicológicos (Cukor, Cohen, Peterson, & Kimmel, 2007).

A psicologia da saúde tem se voltado para a investigação de aspectos da saúde mental presentes no campo do adoecimento crônico, buscando ampliar o conhecimento sobre as estratégias de enfrentamento e fatores que se configuram como risco ou como proteção, buscando compreender a relação entre eles. Um amplo corpo de investigação tem sido levado a cabo para determinar que tipos de enfrentamento se associam a um melhor e pior ajustamento com problemas relacionados à saúde. Questionamentos são postos sobre o que faz com que algumas pessoas reajam e evoluam mais positivamente ou negativamente ao tratamento e quais fatores influenciam nesse processo (Grincenkov, 2010).

A literatura vem apontando que estressores crônicos parecem colocar as pessoas em maiores riscos para o uso de álcool, principalmente um consumo mais problemático (Hasking, Lyvers, & Carpolio, 2011; San José, van Oers, van de Mheen, Garretsen, & Mackenbach, 2000). Pessoas com DRC, assim como portadores de outras condições crônicas de saúde, podem experimentar diversos problemas psicossociais, o que inclui o consumo de álcool (Fierz et al., 2006). Estudos mostram que há também dependência de álcool nessa população (Hegde, Veis, Seidman, Khan, & Moore, 2000) e de outras substâncias psicoativas (Cukor, Coplan et al., 2007; Santos & Arcanjo, 2013). As razões para padrões de uso de álcool de risco, e nesses contextos, ainda não são claros na literatura.

Fatores contextuais, como a disponibilidade e percepção de suporte social, e fatores individuais, como o repertório de estratégias de enfrentamento, têm se relacionado significativamente com o consumo de álcool em situações relacionadas à saúde (Hasking et al., 2011; McCreary & Sadava, 1998; Veenstra et al., 2006). Entretanto, poucos estudos exploram o efeito de mediação entre suporte social, estratégias de enfrentamento e consumo de álcool entre pessoas que frequentam diferentes tratamentos para DRC.

O suporte social tem sido apontado na literatura, no campo da saúde, como gerador de um efeito *buffer* ou amortecedor de eventos de vida estressantes, mediante a uma melhor percepção do suporte social emocional e prático (Canesqui & Basarglini, 2012; Cobb, 1976). Envolve contatos contínuos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentais positivos (Gonçalves, Pawlowski, Bandeira, & Piccinini, 2011), e uma provisão ou troca emocional, informativa e instrumental, em resposta à percepção da necessidade de ajudar ou receber auxílio (Gonçalves, 2012; Siqueira, 2008).

Estratégias de enfrentamento ou *coping* se referem a um conjunto de habilidades para lidar com situações percebidas como ameaçadoras e estressantes e são desenvolvidas para a adaptação e domínio dessas situações (Savóia, 1999). Envolve um esforço por parte do indivíduo para responder a estímulos internos, que são reações aos acontecimentos, ou externos, que são os acontecimentos em si, os quais são avaliados como negativos ou desafiantes (Gimenes, 1997; Lazarus & Folkman, 1984; Sousa, M. R. G., Landeiro, Pires, & Santos, 2011) a escolha do repertório de estratégias de enfrentamento envolve também aspectos individuais e experiências anteriores reforçadas (Araújo, R. B., Pansard, Boeira, & Rocha, 2010; Savóia, 1999).

O suporte social e as estratégias de enfrentamento podem influenciar significativamente a percepção subjetiva do bem estar pessoal, interferindo consideravelmente no cotidiano e no manejo do tratamento. No campo da DRC, há vários estudos destacando o papel dessas variáveis no desfecho dos tratamentos (Bertolin, Pace, Kusumota, & Ribeiro, 2008; Kaltsouda et al., 2011; Ravagnani, Domingos, & Miyazaki, 2007; Santos, P. R. 2010; Scignaro, Barni & Magrin, 2011). Há também estudos explorando a relação entre essas variáveis e o consumo de álcool (Hasking et al., 2011; Hunter-Reel, McCrady, Hildebrandt, & Epstein, 2010; McCreary & Sadava, 1998; San José et al., 2000).

Todavia, poucos estudos investigam padrões de uso de álcool e sua relação com o suporte social e as estratégias de enfrentamento em contextos de diferentes tratamentos para pacientes com DRC. Assim, o objetivo do presente estudo foi explorar a associação entre

suporte social, estratégias de enfrentamento e consumo de álcool em pacientes em tratamento Conservador, Hemodiálise (Hd) e Transplante Renal (Tx).

# 1 REVISÃO DE LITERATURA

## 1.1 Álcool e Doença Renal no Contexto das Doenças Crônicas não Transmissíveis

### *1.1.1 Epidemiologia e políticas públicas de controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)*

Do ponto de vista epidemiológico, as doenças crônicas vêm sendo alvo de inúmeras pesquisas, visando estimar a incidência e prevalência dessas doenças no processo de alocação de recursos no campo da saúde, uma vez que indicadores de saúde incorporam não só dados sobre mortalidade como também morbidade (Leite et al., 2002). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), as DCNT são condições de saúde que requerem um acompanhamento contínuo ao longo de anos ou décadas, e constituem, atualmente, um dos maiores problemas do setor de saúde, por conta de seu impacto tanto no âmbito pessoal e familiar quanto no âmbito social e econômico. Elas abarcam tanto as doenças transmissíveis como as não transmissíveis, e também distúrbios mentais persistentes e deficiências físicas e/ou estruturais contínuas. As DCNT têm em comum as exigências de um acompanhamento permanente e de promover mudanças no estilo de vida das pessoas afetadas por essas condições. A OMS vem publicando relatórios sobre as doenças crônicas no mundo, como forma de subsidiar ações de prevenção e controle dessas enfermidades (OMS, 2003; World Health Organization [WHO], 2009).

O Relatório *Cuidados Inovadores para Condições Crônicas* teve o objetivo de atualizar e melhorar as práticas dos serviços de saúde, a fim de tratar das condições crônicas, visto que a maioria dessas doenças é evitável. Para isso, o mesmo aponta estratégias para o enfrentamento destas condições, principalmente levando em conta o contexto dos países em desenvolvimento (OMS, 2003). Nesse relatório da OMS, são apresentados dados epidemiológicos que indicam que, em países em desenvolvimento, cerca de 60% da carga de doenças são provenientes de condições crônicas e, ainda, trazem estimativas de que, em 2020,

esse percentual chegue a 80%. Dados mais recentes advertem que, nos países de renda baixa e média, o número de mortes relacionadas às DCNT é de aproximadamente 80%. Em 2008, aproximadamente 30 milhões dos 57 milhões de óbitos ocorridos no mundo foram atribuídos as DCNT (Organización Mundial de La Salud [OMS], 2010).

Outras estratégias vêm sendo lançadas pela OMS no enfrentamento das DCNT, como: a Convenção Quadro para Controle do Tabaco em 2003; a Estratégia Global sobre Dieta, Atividade Física e Saúde em 2004; a Resolução WHA60.23 sobre Prevenção e controle de doenças não transmissíveis – implementação de uma estratégia global em 2007; o Relatório da OMS sobre a Epidemia Global do Tabaco em 2008 e a Resolução WHA61.4 sobre Estratégias para reduzir o uso prejudicial de álcool (WHO, 2009). O *Plano Estratégico Médio Prazo 2008-2013* traz, entre suas propostas, a redução do nível de indivíduos e populações para os fatores de risco modificáveis comuns e seus determinantes, fortalecendo a capacidade de enfrentamento através da habilidade em fazer escolhas mais saudáveis e adotar estilos de vida que fazem bem à saúde. Os determinantes sociais, econômicos, comportamentais e políticos são vistos como importantes, bem como o suporte, em vários aspectos, à prevenção e ao controle dessas doenças. Os fatores de risco são apontados pela OMS como parte do estilo de vida, destacando os quatro principais fatores: o uso do tabaco, a dieta não saudável, a inatividade física e o uso prejudicial de álcool (WHO, 2009).

O relatório da OMS sobre o estado global das DCNT indica que seus principais fatores de risco estão relacionados à transição econômica, a rápida urbanização e ao estilo de vida no século XXI nos países em desenvolvimento. O mesmo ainda enfatiza a necessidade de prevenir e controlar os fatores de risco principais e seus determinantes (World Health Organization [WHO], 2011). A OMS também chama a atenção para a baixa taxa de aderência ao tratamento das DCNT, em torno de 20% apenas, gerando problemas significativos para o setor de saúde nesses países (WHO, 2011). Além disso, são apontadas evidências de que o acompanhamento regular e o apoio ao autogerenciamento melhoram o controle desses agravos, dando ênfase à adesão aos tratamentos dispensados, sendo este um fator importante no gerenciamento dessas doenças.

Em consonância com as políticas internacionais do setor de saúde, o Brasil vem implantando políticas de enfrentamento das DCNT desde 2003, com a realização do primeiro inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de agravos não transmissíveis. O relatório intitulado *Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos Não Transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003* foi lançado em 2004 e tinha por base a constituição do Sistema de Vigilância como

uma ação estratégica, visando a implementação de medidas importantes para o controle destes agravos (Ministério da Saúde [MS], 2004). Esse relatório traz estimativas de prevalência de fatores de risco para subsidiar ações de detecção precoce e prevenção primária, coordenadas pelo Ministério da Saúde (MS), abarcando alguns programas. Recentemente o MS publicou também o *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022*, definindo e priorizando ações e investimentos necessários. Assim, o Plano tem como objetivo preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as DCNT (MS, 2011).

Segundo o MS (2011), no Brasil essas doenças são consideradas o problema de saúde de maior magnitude, e correspondem a cerca de 70% das causas de mortes. Além disso, as mesmas atingem com frequência as camadas mais pobres da população e grupos de maior vulnerabilidade. Entre os determinantes psicossociais das DCNT, apontadas neste plano, estão as desigualdades sociais, as diferenças nas condições de acesso aos bens e serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades de acesso à informação e os fatores de risco modificáveis. A abordagem desses fatores de risco deve ser integrada e atuar nos principais grupos de DCNT, com expectativas declaradas de possíveis benefícios para as demais DCNT (MS, 2011).

A Política de enfrentamento das DCNT articula-se com a Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2006, elegendo, como foco estratégico e comum, ações voltadas para o monitoramento e modificação de práticas e comportamentos da população (MS, 2010). Compreendemos, como já aponta J. L. Ferreira Neto, Kind, Barros, Azevedo e Abrantes (2009) para a Política de Promoção da Saúde, que as políticas de enfrentamento das DCNT constituem um campo de discursos e práticas, saberes e poderes, atravessado, ao mesmo tempo, por dimensões regulatórias e disciplinares, e por dimensões participativas e emancipatórias. Observa-se um esforço do Ministério da Saúde em implementar políticas de enfrentamento das DCNT articuladas à Política de Promoção da Saúde, apostando sobretudo na mudança do Estilo de Vida dos indivíduos para assegurar a normalidade da vida. É necessário destacar o convite que fazem à corresponsabilização, individual e coletiva, e à autonomia, as quais são enfatizadas neste processo, trazendo em seus discursos a ênfase no fortalecimento da participação social.

A OMS classifica, como principais, as seguintes doenças crônicas não transmissíveis: os cânceres, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes. Em 2007, dos 72% de todas as mortes ocorridas no Brasil, decorrentes das DCNT, a doença renal crônica (DRC) passa também a ser apontada como uma das principais causas desses óbitos (Schmidt et al., 2011). Observa-se também que dados de pesquisas revelam que há fortes

relações entre algumas doenças deste grupo e a DRC (Obrador, Mahdavi-Mazdeh, & Collins, 2011). É neste contexto que a atenção é voltada, no presente trabalho, para a DRC e seus determinantes, especialmente os psicossociais, tendo em vista uma melhor abordagem do problema.

### ***1.1.2 A Doença Renal Crônica: epidemiologia e caracterização***

A DRC se transformou em um problema de saúde pública mundial de grande relevância pelo aumento da prevalência de pacientes, que precisam ser mantidos em programas de diálise e, também, pela incidência de novos casos da doença. Um importante estudo epidemiológico, com adultos a partir dos vinte anos de idade, produzido nos Estados Unidos – o *National Health and Nutrition Examination Survey*, realizado entre 1999 e 2004 – demonstrou que a DRC estava presente em 13% da população, nos estágios de I a IV (Bastos, M. G. & Kirsztajn, 2011; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2007). Estudos epidemiológicos de impacto ainda não foram realizados no Brasil com base na atual definição de DRC, e a quantidade de pessoas nos diferentes estágios de pré-diálise não é conhecida de forma precisa (Bastos, M. G. & Kirsztajn, 2011).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), no Brasil, estima-se que cerca de 131.000 pessoas estejam nos estágios iniciais da insuficiência renal crônica (Sesso et al., 2012). No relatório do Censo de Diálise no Brasil, de 2012, o número projetado para pacientes em diálise é de aproximadamente 97.586, atingindo mais homens (57,7%) que mulheres (42,3%), a faixa etária de 19 a 64 anos (63,6%), e tendo o SUS (84%) como a principal fonte pagadora (Sociedade Brasileira de Nefrologia [SBN], 2012). Um estudo sobre os gastos de dispensação de medicamentos, em caráter excepcional pelo Ministério da Saúde, no período de 2000 a 2007, verificou que estes chegaram a 1.410.181.600,74 em 2007, sendo que algumas das doenças e tratamentos que representaram maiores gastos neste período foram a insuficiência renal crônica, o transplante e a hepatite c (Sesso et al., 2012). Estes dados nos permitem entrever o impacto significativo na saúde pública do país. O crescimento expressivo da DRC é fundamentado no aumento da expectativa de vida, associada à elevada prevalência de fatores de risco.

A DRC é uma síndrome metabólica decorrente da perda progressiva e irreversível da função glomerular, tubular e endócrina, de maneira que, em sua fase avançada, os rins não conseguem manter a homeostase do corpo (Bastos et al., 2004). Na condição mórbida de nefropatia crônica, há o impedimento do organismo eliminar, de forma eficaz, seus produtos

residuais metabólicos, o que aumenta progressivamente os catabólicos no sangue (Thomas & Alchieri, 2005). Segundo Bastos, Bregman e Kirsztajn (2010), como os rins são órgãos fundamentais para a manutenção da homeostase do corpo humano, a diminuição progressiva da função renal compromete significativamente todos os outros órgãos. A função renal é avaliada pela filtração glomerular, e a sua redução é observada na DRC, associada à perda das funções regulatórias, excretórias e endócrinas do rim.

A DRC, Xª CID (N18 e N19), é um estado clínico que leva a uma condição mórbida, representada pela alteração estrutural ou funcional dos rins, por três ou mais meses, com redução ou não do ritmo de filtração glomerular (RFG) dos rins. Os marcadores de lesão renal podem ser verificados por meio das alterações sanguíneas, urinárias, ou em exames de imagem, apresentando um RFG  $< 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ , por um período de tempo maior ou igual a três meses, com a presença ou não de lesão renal. A doença é marcada por estágios de evolução, conforme o RFG. Quando a filtração glomerular atinge valores que são inferiores a  $15 \text{ mL/min/1,73m}^2$ , ocorre a falência funcional renal, que representa o estágio mais avançado da perda funcional progressiva, observado na DRC (Bastos, M. G. et al., 2010; Mascarenhas, Reis, Lyra, Peixoto, & Teles, 2010; National Kidney Foundation, 2002).

Esse quadro não contempla uma expectativa de cura, o que leva o paciente a depender da terapia renal de substituição (TRS), diálise peritoneal ou hemodiálise, ou do transplante renal, devido a seu estado de cronicidade, o que exige o acompanhamento constante de uma equipe de saúde. Este acompanhamento é necessário a fim de evitar a uremia, uma síndrome clínica e laboratorial que se caracteriza pelo acúmulo no sangue de substâncias que devem ser filtradas e excretadas pelos rins. Trata-se de uma condição patológica de instalação gradual, capaz de deteriorar em graus variados a capacidade funcional renal, ocorrendo a disfunção de todos os órgãos se a insuficiência renal crônica (IRC) não for tratada ou só parcialmente tratada, levando à manutenção do estado de cronicidade com acompanhamento constante de uma equipe de saúde (Mascarenhas et al., 2010; Thomas & Alchieri, 2005).

A IRC, como um processo fisiopatológico de etiologia múltipla, envolvendo a perda lenta e irreversível das funções renais, compreende desde efeitos leves, controlados à base de medicamento e dieta, até o estágio no qual o rim chega a ter sua função normal reduzida a mais de 90%, quando, então, indica-se a diálise ou o transplante renal; a ausência de tais intervenções leva o paciente ao óbito em 72 horas (Leite et al., 2002). As principais complicações da DRC são: a anemia, a acidose metabólica, a alteração do metabolismo mineral e a desnutrição – decorrentes da perda funcional renal, óbito – em decorrência de

causas cardiovasculares, e, também, a falência funcional renal. A DRC é dividida em estágios funcionais conforme o grau de função renal do paciente (National Kidney Foundation, 2002; Romão, 2004):

- Estágio I: o funcionamento dos rins está normal, com presença ou não de lesão renal, com ritmo de filtração glomerular (RFG  $\geq 90$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>). Inclui os grupos de risco para o desenvolvimento da doença renal crônica que não apresentam lesão renal.

- Estágio II: fase da insuficiência renal funcional ou leve, com início da perda da função renal normal e leve redução do RFG (entre 60 a 89). Não há presença de sinais/sintomas clínicos, preservando dentro da normalidade os níveis de ureia e creatinina plasmáticos. Somente métodos de rastreamento mais acurados podem detectar anormalidades.

- Estágio III: insuficiência renal moderada/laboratorial, com RFG de 30 a 59, sem alterações clínicas significativas. Os sinais e sintomas que se apresentam estão mais relacionados à causa base e as taxas de uremia se apresentam discretamente, embora exames laboratoriais apresentem níveis elevados de ureia e de creatinina plasmáticos.

- Estágio IV: insuficiência renal clínica ou severa, com sinais e sintomas de uremia marcados, como anemia, hipertensão arterial, edema, fraqueza, mal-estar e sintomas digestivos. A RFG está entre 15 a 29 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

- Estágio V: fase terminal de IRC, na qual os rins perdem o controle do meio interno, apresentando um quadro muito sintomático de falência renal, com a RFG  $< 15$ . Nesta fase, é necessário iniciar uma terapia renal substitutiva na depuração artificial do sangue – diálise peritoneal ou hemodiálise, ou transplante renal.

Os grupos de risco para DRC são os portadores de hipertensão arterial (HA) ou de *diabetes mellitus* (DM), os idosos, as pessoas com doenças cardiovasculares (DxCO), histórico familiar de DRC e os pacientes com uso de substâncias nefrotóxicas. Trata-se de uma doença assintomática e geralmente detectada em fases mais avançadas, já com a presença de comorbidades e de maiores complicações, sendo mais indicadas as intervenções precoces que possam estabilizar ou reduzir seu avanço (Bastos, M. G. & Kirsztajn, 2011).

### ***1.1.3 Formas de tratamento***

O tratamento requer o reconhecimento de distintos aspectos da DRC, como a doença de base, o estágio da doença, a velocidade da diminuição da RFG e a identificação de comorbidades e possíveis complicações, como os problemas cardiovasculares (Bastos, M. G. et al., 2010). O mesmo pode ser dividido em estratégias diferentes, como: programas de

prevenção primária e promoção à saúde com grupos de riscos para DRC; identificação precoce da disfunção renal; detecção e correção das causas reversíveis da DRC; diagnóstico etiológico; definição e estadiamento da disfunção renal; implementação de intervenções conservadoras, que retardem o progresso da doença, previnam as complicações e modifiquem as comorbidades comuns aos portadores de DRC; preparo para a terapia renal de substituição (Bastos, M. G. et al., 2010; Romão, 2004). O tratamento também envolve o manejo medicamentoso, dietas alimentares, controle laboratorial, mudanças no estilo de vida e preparo para a terapia renal substitutiva. Consiste em duas etapas: o tratamento conservador, quando ainda não há a necessidade da terapia de substituição da função renal, e TRS, que envolvem as modalidades de diálise e o transplante renal.

#### *1.1.3.1 Tratamento conservador*

O tratamento da DRC depende da evolução da doença, podendo ser conservador com o uso de medicamentos, de dietas e de restrição hídrica. O tratamento conservador tem como objetivo auxiliar na redução do ritmo da progressão da doença renal, utilizando várias intervenções terapêuticas: orientações dietéticas, visando a promoção de um estado nutricional adequado, o controle dos distúrbios metabólicos e da sintomatologia urêmica. O tratamento medicamentoso permite o controle das doenças crônicas instaladas, bem como a correção de distúrbios metabólicos e urêmicos. Já a restrição hídrica é necessária para aqueles pacientes que durante as fases de redução na TFG apresentam diminuição do volume de diurese produzido (Gricio, Kusumota, & Cândido, 2009).

A fase pré-dialítica exige dos pacientes uma capacidade maior de adaptação às novas situações. Intervenções adequadas e precoces podem retardar a progressão da doença, tratar as complicações ou mesmo melhorar a disfunção orgânica e as comorbidades. As mudanças no estilo de vida são necessárias, principalmente por estarem associadas à redução do risco de eventos cardiovasculares, ao controle da pressão arterial e da diabetes. Desta forma, é necessária a redução de peso, do uso de álcool e de tabaco, e o acréscimo de atividades físicas regulares a rotina (SBN & ABN, 2011). Nessa fase, as intervenções são importantes, visando a prevenção do agravamento da doença e a promoção da saúde nesta população.

### 1.1.3.2 Tratamento dialítico

Precisa ser realizado quando o indivíduo atinge o último estágio da DRC, a IRC, precisando se submeter a um procedimento de diálise substitutiva: hemodiálise (Hd) ou diálise peritoneal (PD).

#### 1.1.3.2.1 Hemodiálise (Hd)

O Brasil apresenta uma estimativa de 70.000 pessoas em tratamento de Hd, sendo o terceiro maior contingente mundial de pessoas nessa modalidade de tratamento. No entanto, a taxa de sobrevida e os preditores de risco de mortalidade na população são pouco conhecidos (Matos et al., 2011). A Hd é a modalidade mais comumente usada no tratamento da insuficiência renal, permitindo uma mudança mais rápida na composição plasmática de solutos, tornando o processo de remoção residual mais rápida. É um tipo de tratamento de apoio à função renal, que altera o fluxo sanguíneo para um dialisador, também chamado de filtro especial, que é conectado a uma máquina. Durante o processo, o sangue flui dos tubos para o dialisador que, por sua vez, filtra os resíduos, removendo as substâncias tóxicas e o excesso de líquido, em um procedimento que dura cerca de 2 a 4 horas, numa frequência de 2 a 4 vezes por semana, dependendo das características clínicas de cada paciente. A máquina funciona como um rim artificial, pois contém um filtro especial que purifica o sangue do paciente, retirando metabólicos em excesso, como a ureia, a creatinina, o ácido úrico, os fosfatos, os sulfatos e os nitratos (Oliveira et al., 2008; Padulla et al., 2009). A Hd é, portanto, um procedimento que permite o controle da pressão arterial, além de ajudar na manutenção do equilíbrio de substâncias químicas como o sódio, o potássio e os cloretos no corpo, em medidas suficientes para permitir ao paciente ficar em um estado mais próximo do normal por alguns dias.

O primeiro ano de Hd costuma ser muito difícil e o paciente pode apresentar dificuldades de adaptação, o que pode persistir ao longo do tratamento (Pedroso & Sbardelloto, 2008). Matos et al. (2011), num estudo longitudinal, com 3.082 pacientes incidentes em Hd, desenvolvido no Brasil em 26 estados, no período de 2000 a 2004, com um *follow-up* de 5 anos, encontrou nessa coorte uma taxa de sobrevida de 58,2%. A taxa de sobrevida reduzia significativamente à medida que a idade aumentava. Nesse estudo, idade, diabetes e gênero feminino estavam entre as variáveis associadas com o risco de mortalidade e pobre sobrevida. Apesar disso, os autores do estudo apontam que no Brasil a taxa de

sobrevida parece ser maior que nos Estados Unidos e em outros países europeus. A idade e a proporção menor de diabéticos são alguns fatores que poderiam explicar parcialmente essa diferença entre países em desenvolvimento como o Brasil e países já desenvolvidos. Essas variáveis poderiam também explicar os bons resultados na taxa de sobrevida nessa coorte, e outros fatores de risco, igualmente importantes, precisam ser considerados.

#### 1.1.3.2.2 Diálise peritoneal (DP)

No Brasil, cerca de 8.000 pessoas fazem este tratamento, que é realizado por meio da infusão de solutos e água, que equilibram o organismo, no peritônio (cavidade junto aos intestinos), por meio de um cateter abdominal. Age como um “dialisador”, que separa, em dois compartimentos, o sangue no capilar peritoneal e a solução de diálise na cavidade peritoneal, contendo líquidos em diferentes densidades e permitindo a filtração do sangue pelo processo de osmose (Oliveira et al., 2008).

Os tipos de diálise peritoneal seguem os mesmos princípios técnicos, podendo diferir no tempo. Envolvem geralmente quatro infusões, permanecendo cada uma na cavidade peritoneal de quatro a oito horas, podendo a solução ser trocada dentro de três a cinco horas, conforme a necessidade individual do paciente (Sorkin & Blake, 2003). O procedimento pode ser manual ou através de uma máquina cicladora, que faz o controle das trocas, podendo ser realizado em casa ou no hospital, onde as condições de higiene sejam controladas adequadamente para evitar o risco de peritonite, que se caracteriza pela contaminação do peritônio por bactérias. É necessária a modificação da modalidade de tratamento se a peritonite ocorrer por mais de duas vezes. É realizado um treinamento específico ao paciente e à família para a realização do procedimento em casa, permitindo aos pacientes experimentar uma maior independência em relação ao tratamento, conforme esclarece Forte (citado por Mendonça, 2007).

A diálise peritoneal pode contribuir para um maior senso de bem-estar e de qualidade de vida do paciente, possibilitando que ele participe e colabore mais ativamente na administração de seu tratamento, permitindo desenvolver uma capacidade maior de enfrentamento dos estressores da doença (Wuerth, Finkelstein, S. H., & Finkelstein, F. O, 2007).

### *1.1.3.3 Transplante renal (Tx)*

O Tx é um procedimento de alta complexidade, consiste em enxertar um rim saudável, de outra pessoa (doador), num doente renal. O doador pode ser um familiar ou outro indivíduo, podendo ser um doador vivo ou falecido, cuja morte cerebral seja diagnosticada e com a aprovação da família do doador (Martínez, Méndez, García, & Hernández, 2010). O transplante pode ser realizado antes mesmo do paciente iniciar um tratamento de diálise ou depois de já ter começado esse procedimento, sendo o Tx um tratamento de escolha do paciente, caso não apresente nenhuma contraindicação. O Tx permite uma melhor sobrevida e QV para o paciente, além de ter mais custo-efetividade que os procedimentos de diálises (Machado et al., 2011).

A condição para a realização envolve uma bateria de exames e avaliações do estado físico e psíquico do receptor e do doador, assim como o preparo prévio para a cirurgia e o acompanhamento pós-transplante (Machado et al., 2011). A vantagem do transplante é a restauração de uma fisiologia e de uma química do organismo quase normais e constantes, permitindo uma dieta mais próxima da normal (Mendonça, 2007).

Após o transplante, pode ocorrer a rejeição aguda ou crônica do órgão transplantado pelo organismo, o que leva ao uso contínuo de medicamentos de imunossupressão (Ravagnani et al., 2007). A imunossupressão e sua modulação determinam morbidade e mortalidade significativas. Apresenta uma reação direta com a incidência e severidade das infecções, uma vez que a imunidade precisa ser mantida baixa, o que aumenta a exposição a fatores de risco para complicações infecciosas, principalmente no primeiro ano após o transplante, chegando a atingir 80% dos transplantados (Martínez et al., 2010; Sousa S. R., Galante, Barbosa, & Pestana, 2010). Este fato torna imprescindível o controle desses riscos e o tratamento adequado das complicações. Também há os riscos a que o próprio procedimento cirúrgico expõe o paciente. Pesavento (2009) relata que as pessoas que realizam transplante experimentam risco de 68% mais alto de morrer quando comparadas com aquelas que esperam em diálise pelo transplante.

Estudos comparativos entre as modalidades de diálise e o transplante têm demonstrado que o Tx está associado a melhor QV e sobrevida prolongada, beneficiando inclusive grupos de idosos e diabéticos, aumentando a expectativa de vida em até 11 anos (Pesavento, 2009). Caso o transplante falhe, o paciente retorna à sua condição de diálise e aguarda a possibilidade de um novo transplante. Dentre as opções de tratamento para pacientes com DRC, o Tx apresenta vantagens sobre as outras formas de TRS, tanto nos

aspectos relacionados ao custo quanto nos relacionados à sobrevida dos pacientes, porém há a escassez de órgãos para doação (Ferreira, G. F. et al., 2011).

#### ***1.1.4 As dificuldades do tratamento e suas repercussões na saúde mental do paciente***

A progressão da DRC é determinada por complexas interações clínicas, ambientais e genéticas. Ocasiona restrições físicas – dietéticas e hídricas, prejuízo no interesse ou desempenho sexual – e psicossociais, como afastamento do trabalho, dificuldades financeiras, medo da morte, perda de funções adquiridas, prejuízos na função ou papel social, alterações na imagem corporal (edemas, alterações na pele, cateter na jugular ou femoral, fístula), mudanças e prejuízos na vida social e no lazer (Oliveira et al., 2008).

Os possíveis efeitos colaterais, biológicos, psicológicos e sociais, os longos períodos de permanência dos pacientes em diálise e o severo regime terapêutico podem gerar, por sua vez, estados estressantes, tanto na dimensão física quanto psicológica, levando a um grande sofrimento psíquico. É um tratamento que requer muito tempo das horas diárias, e que realiza procedimentos invasivos, como a inserção do cateter ou fístula, podendo ocasionar a perda considerável da autonomia, da independência e da liberdade diante da evolução da doença e do tratamento. Além disso, a doença pode gerar incapacidades que afetam as relações do paciente com ele mesmo e com o mundo (Mendonça, 2007).

São vários os estudos que apontam fatores relacionados aos aspectos biopsicossociais que interferem na adesão ao tratamento e na QV das pessoas portadoras de DRC, principalmente voltados para o estágio V, fase dialítica, implicando os conceitos de estresse, de estratégias de enfrentamento, de suporte social (Bertolin, 2007; Cukor, Cohen et al., 2007; Grincenkov, 2010) e os aspectos da saúde mental, decorrentes deste quadro, como ansiedade, depressão e declínio das funções cognitivas, entre outros (Almeida, A. M., 2003; Cohen, S. D., Norris, Acquaviva, Peterson, & Kimmel, 2007; Condé et al., 2010; Cukor, Coplan, Brown, Peterson, & Kimmel, 2008; Diefenthaler, Wagner, Poli-de-Figueiredo, Zimmermann, & Saitovitch, 2008; Lopes et al., 2002; Riezebos et al., 2010).

Segundo M. A. Almeida (2003), aspectos ligados à saúde mental dos portadores de DRC ainda não recebem a devida atenção no tratamento da doença renal, os quais são importantes pelo fato de influenciarem a QV e a sobrevida dos pacientes com DRC. Conforme o autor, historicamente, a primeira meta do tratamento da doença era atingir uma sobrevida para esses pacientes, meta que já vem sendo alcançada, a outra meta acrescentada no tratamento está relacionada à QV desses pacientes no cotidiano.

A DRC e o seu tratamento são compostos de diversos estressores importantes para as pessoas que convivem cronicamente com essa realidade, o que torna necessário adotar formas de adaptação e enfrentamento da situação. Aspectos relacionados à saúde mental se tornam importantes determinantes da aderência ao tratamento e a sobrevida, principalmente quando se atinge a fase de falência renal e uma terapia substitutiva é iniciada. Nesse momento, a influência de fatores relacionados a transtornos mentais graves, como o aumento dos níveis de ansiedade e de depressão e fatores psicossociais, parecem ter relevância maior na vida do indivíduo que aspectos ligados às comorbidades propriamente físicas (Almeida, M. A., 2003). Os elementos que mais influenciam na evolução da DRC podem ser classificados como aqueles que não são passíveis de mudança – idade, gênero e raça, doenças comórbidas – e aqueles que podem ser modificados, como aspectos da saúde mental, suporte social recebido e elementos do estilo de vida da pessoa.

O estresse está muito presente na DRC e seu conceito vem sendo pesquisado neste contexto, assim como as formas de enfrentamento desenvolvidas no processo de tratamento, principalmente na Hd (Bertolin, 2007). O mesmo está presente também em muitos problemas de saúde, e estudos neste campo têm tentado estabelecer uma conexão entre as emoções e seus mediadores biológicos (Zimmermann, Carvalho, & Mari, 2004).

Na psicologia, o estresse é abordado a partir do ponto de vista dos estressores, situações que exigem adaptação interna ou externa ao indivíduo. As adaptações externas se referem a uma exigência do ambiente ou de alguém feitas ao indivíduo, já as internas envolvem sentimentos de autoexigência ou situações que causam medo, irritação, excitação ou confusão. Na DRC, são apontados alguns estressores, como o regime de tratamento, as mudanças no estilo de vida, na disposição física e na imagem corporal. O enfrentamento se dá a partir da avaliação da pessoa sobre o estressor e se este está vinculado diretamente à relação do indivíduo com o seu ambiente. O foco pode estar na emoção, regulando a resposta emocional aos eventos estressantes, ou no problema, através do qual se busca controlar ou alterar o causador do *distress*, que é o estresse negativo. Assim, uma resposta bem sucedida tende a ser utilizada em situações semelhantes; ao contrário, quando não há um bom manejo da situação percebida como ameaçadora, o resultado pode ser uma crise, que, por sua vez, pode levar a um desequilíbrio psicológico e fisiológico, inclusive podendo desencadear transtornos mentais (Bertolin, 2007; Cukor et al., 2008).

Na Hd os estressores inerentes ao tratamento são a restrição de líquidos e de alimentos, as incertezas sobre o futuro, o impacto na vida laborativa, as modificações na estrutura familiar, os distúrbios sexuais e os do sono. No Tx há alguns estressores em comum

com os pacientes em diálise, porém com uma severidade menor. Contudo, há alguns que são específicos, como a possibilidade de rejeição do órgão transplantado e uma maior propensão a infecções ou sentimento de culpa em relação ao doador (Almeida M. A., 2003; Levy, 2008).

Estes estressores, assim como outros ligados ao contexto de vida da pessoa com DRC e a forma de tratamento escolhida, podem resultar numa variedade de transtornos psiquiátricos, psicológicos e outros problemas. Para Levy (2008), os maiores estressores da diálise envolvem a questão do conflito “dependência e independência”, expectativas não realísticas, o regime médico e muitas perdas que estes pacientes devem sustentar. Como consequência desses estressores e outros fatores presentes, o paciente renal crônico pode experimentar complicações em sua saúde mental, inclusive problemas no processo de reabilitação e, também, a não cooperação no tratamento. No conflito “dependência x independência”, a diálise coloca o indivíduo numa posição de dependência a uma máquina, a um procedimento e a uma equipe de profissionais especializados. Os pacientes muito independentes sofrem com esta situação, mas tendem a assumir o tratamento de forma mais ativa, já em pacientes mais dependentes, o processo de diálise pode encorajá-los a assumir este papel, o que torna a reabilitação mais difícil. O regime médico também apresenta muitas dificuldades específicas, por ser um tratamento muito restritivo e contínuo, como é típico dos tratamentos das doenças crônicas, que exigem mudanças no estilo de vida, como o uso ininterrupto de medicamentos.

Entre as perdas, acarretadas por um tratamento dialítico, está a dificuldade ou mesmo a não retomada das atividades exercidas antes da doença: no trabalho, na escola ou mesmo nas atividades domésticas. Estas perdas podem ultrapassar o aspecto financeiro e envolver também a perda da identidade de gênero e perda da autoestima. Para os homens, o senso de masculinidade muitas vezes se encontra ligado ao trabalho e ao papel de provedor da família, já para a mulher, as mudanças na aparência e a redução da fertilidade podem afetar o senso de feminilidade (Cohen, L. M. & Germain, 2005). Ambos podem apresentar também problemas decorrentes da doença, como: declínio cognitivo, depressão, ansiedade, ideação ou comportamento suicida, problemas sexuais, entre outros (Almeida, M. A., 2003; Condé et al., 2010; Cukor et al., 2008; Ye et al., 2008).

A depressão é o transtorno psiquiátrico mais frequente na DRC, é um fator preditor de risco para hospitalização e mortalidade, e pode exercer influência na aderência e evolução do tratamento, e, muitas vezes, é subdiagnosticada (Diefenthaler et al., 2008; Lopes et al., 2002; Riezebos et al., 2010). Lopes et al. (2002), num estudo prospectivo randomizado (*Dialysis Outcomes and Practice Pattern Study – DOPPS*) com 5.256 pacientes em Hd,

realizado nos EUA e na Europa, concluíram que a depressão estava significativamente e independentemente associada com o aumento dos riscos de mortalidade e hospitalização nesses países. Kop et al. (2011) apontam que a depressão pode estar associada ao aumento do risco de declínio da taxa de filtração glomerular, e frequentemente ocorre em resposta a muitas perdas sofridas.

Condé et al. (2010), em um estudo transversal, em uma amostra de 119 pacientes, avaliou a função cognitiva, a depressão e a QV em diferentes estágios da DRC. Os autores constataram que havia um déficit cognitivo nos pacientes renais, sendo este mais significativo em pacientes em Hd, apesar destes apresentarem a menor idade no grupo pesquisado; contudo sugerem estudos longitudinais para uma melhor avaliação. Pacientes idosos com DRC apresentam maior risco para depressão e para perdas cognitivas mais significativas (Lima, Fernandes, Santos, & Bastos, 2007).

Riezebos et al. (2010) conduziram um estudo prospectivo, com um ano de *follow-up*, numa coorte de 101 pacientes holandeses com DRC em diálise (Hd e PD), a fim de buscar a associação entre sintomas depressivos e a sobrevida desses pacientes, utilizando como instrumento o HADS (*Hospital, Anxiety and Depression Scale*). Um nível elevado de sintomas depressivos, que estavam independentemente associados com uma pobre sobrevida, foram encontrados nesta coorte. O aumento da mortalidade dos pacientes com sintomas depressivos pode estar ligado não somente ao impacto sobre o bem-estar físico, mas também a sobrecarga psicológica e social sobre o indivíduo. A alta incidência de mortes estava relacionada principalmente a um quadro de infecção, sugerindo uma relação entre depressão e disfunção imunológica.

Mediadores psicossociais e comportamentais estariam associados à depressão: comportamentos e hábitos de saúde, estratégias de enfrentamento mal adaptativas, isolamento social e estresse crônico. Comportamentos relacionados ao tabagismo, ao álcool, ao abuso de drogas, pouca atividade física, dieta alimentar pobre e falha na adesão às recomendações do tratamento, como a higiene e a restrição de líquidos, mediam a relação entre transtornos mentais, principalmente os depressivos, com a pobre sobrevida (Riezebos et al., 2010). Além disso, a ansiedade, como resposta às situações percebidas como “perigo”, pode ocorrer em procedimentos difíceis ou restrições severas do tratamento nas diferentes etapas da DRC. É um problema comum no tratamento dialítico, estando associada com a redução da percepção da QV e a presença de outros quadros comórbidos, podendo ser agravada por muitos estressores que impactam o funcionamento global do indivíduo (Wuerth et al., 2007).

Contudo, ao se falar de indivíduos com doença crônica, especificamente com DRC, não se pode, de forma alguma, esquecer o modo crescente como a literatura tem apontado para uma forte associação entre a doença e as manifestações de afeto negativo e atitudes que têm um efeito nefasto na QV e sobrevida. Wuerth et al. (2007) enfatizam a importância de se avaliar outros domínios, como o abuso de substâncias nestes pacientes, pois fatores psicossociais são importantes de serem integrados no processo de tratamento.

## **1.2 Álcool: do Fenômeno a um Problema de Saúde Pública**

### ***1.2.1 Panorama geral: alguns dados epidemiológicos***

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), aproximadamente 2,3 milhões de mortes por ano estão relacionadas ao uso prejudicial de álcool e parte desse percentual está relacionada às DCNT. O consumo per capita é maior em países de alta renda, mas é também considerado alto em países de renda baixa e média. O uso indevido leva a 4,5% de todos os anos perdidos de vida útil no mundo, na América Latina esse índice chega a 16%. Cruz e Felicíssimo (2011) destacam que, segundo a OMS, entre os fatores associados à incapacidade para pessoas que têm entre 15 e 44 anos de idade, o consumo de álcool responde por 5,5% de perda de anos por incapacidade, sendo a segunda causa de perda mais relevante no mundo. Os anos de vida perdidos, ajustados por incapacidade (DALY), é uma medida desenvolvida conjuntamente pela Universidade de Harvard, Banco Mundial e OMS para avaliar a carga imposta por mortes prematuras e anos vividos com incapacidade associado a um problema. Avaliações sobre o custo social e de saúde, gerados pelo consumo de álcool, na perspectiva da saúde pública, vêm sendo realizadas (Meloni & Laranjeira, 2004).

Estudos epidemiológicos vêm sendo realizados no Brasil e demonstram que o consumo de álcool vem aumentando, assim como os problemas relacionados ao seu uso. O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) realizou em 1999 o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas nas 24 maiores cidades do estado de São Paulo, apontando que 6,6% da população estavam dependentes de álcool (Galduróz & Caetano, 2004; Galduróz, Noto, Nappo, & Carlini, 2000).

Outros grandes estudos epidemiológicos foram realizados em 2001 e em 2005. O *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil - 2001* envolveu 107 cidades brasileiras e demonstrou que a dependência de álcool atingia 11,2% da população (Carlini, Galduróz, Noto, & Nappo, 2002; Galduróz & Caetano, 2004). Em 2005, o *II Levantamento*

*Domiciliar sobre o Uso de Drogas psicotrópicas no Brasil, 2005: envolvendo as 108 maiores cidades do país* revelou que a prevalência já alcançava 12,3% (Carlini & Galduróz, 2005). Os dados deste estudo demonstraram o consumo de álcool em faixas etárias mais precoces, indicando a necessidade de rever medidas de controle, prevenção e tratamento. Na comparação entre as duas pesquisas, houve um aumento estatisticamente significativo do uso de álcool (68,7% e 74,6% respectivamente) e tabaco (41,1% e 44,0% respectivamente) ao longo da vida, revelando que o consumo dessas substâncias ainda é responsável pelos principais problemas de saúde pública e merecem prioridade na agenda de saúde do país (Fonseca et al., 2010).

Estudos sobre o padrão de uso de álcool, realizados no Brasil, revelam alta prevalência de padrões prejudiciais de consumo de bebidas alcoólicas. Um dos primeiros foi realizado em Porto Alegre e os pesquisadores encontraram 9,3% de sujeitos que preenchiam critérios para dependência e 15,5% para uso pesado de álcool. Eles encontraram, também, associação positiva para homens, grupo de pessoas mais idosas, com baixa renda e escolaridade (Moreira et al., 1996). Costa et al. (2004), pesquisando o padrão de consumo de álcool numa população no sul do país, e adotando como padrão de uso pesado o consumo de 30 g diárias de álcool, encontraram uma proporção de 14,3% para uso pesado de álcool (29,2% homens e 3,7% mulheres).

Entre 2005 e 2006, foi realizado o Primeiro Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, um estudo abrangente e representativo (n = 2.346) sobre os padrões de consumo de álcool na população geral e os problemas associados a este consumo. Os resultados revelaram que 3% da população adulta preenchiam critério para abuso de álcool e 9% para dependência de álcool. Entre as pessoas que consumiam bebidas alcoólicas, 29% consumiam usualmente cinco ou mais doses por ocasião. O estudo também indicou que um quarto dos sujeitos possuía problemas e consumia quantidades prejudiciais, e ainda mostrou que o beber moderado não é uma regra para a população brasileira. Os problemas encontrados, associados ao consumo de álcool, foram físicos (22%), familiares (11%), sociais (10%) e laborais (5%) (Laranjeira, Pinsky, Sanches, Zaleski, & Caetano, 2007; Laranjeira et al., 2010).

No que se refere às diferenças de gênero, em geral, os homens apresentam maior prevalência no consumo de álcool e na frequência de padrão *binge* de beber, se comparados às mulheres em todas as faixas etárias. Esta diferença pode diminuir nos grupos de faixa etária mais jovem (Galduróz & Caetano, 2004; Wolle et al., 2011). O padrão *binge* se refere ao

consumo, pelas mulheres, de quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas e, para os homens, o consumo de cinco ou mais doses em uma única ocasião (Laranjeira et al., 2010).

O efeito de gênero, sobre os padrões de beber, altera conforme a faixa etária. Uma pesquisa sobre estes padrões, realizada no Brasil, demonstra que há uma maior prevalência de consumo de álcool entre homens, principalmente na faixa etária entre 35 a 44 anos, atingindo 48% do total nesse grupo; enquanto a prevalência entre mulheres é mais expressiva no grupo com idade entre 19 a 24 anos (19%). As taxas de abstinência entre os homens são menores que entre as mulheres (35% e 59%, respectivamente) e são mais elevadas na frequência do consumo de bebidas por homens, respectivamente 11% e 2%. As mulheres são mais susceptíveis aos efeitos deletérios do álcool, se comparadas aos homens, aumentando, assim, os riscos de complicações clínicas; fato preocupante, já que as pesquisas vêm demonstrando que há uma tendência de aumento do consumo de alcoólicos entre mulheres e, especialmente, entre mulheres mais jovens (Wolle et al., 2011).

A OMS vem lançando várias estratégias para reduzir os problemas relacionados ao uso nocivo de álcool, que ocupa o terceiro lugar em nível mundial entre os principais fatores de risco de morte prematura e incapacidade. Reconhece-se que há alguns grupos, em situações de risco, que são mais vulneráveis por apresentarem maior sensibilidade às propriedades tóxicas, psicoativas e aditivas do álcool, o que expõe a relevância de se adotar, no campo político, o conhecimento científico como base para guiar as intervenções na área, contornando as dificuldades de ações fragmentárias que sempre estiveram presentes neste campo (OMS, 2010).

### ***1.2.2 Caracterização do problema***

Segundo a OMS, droga é qualquer substância que exerce um efeito sobre o organismo, alterando seu funcionamento, e que, também, não é produzida por ele (Pinho, 2009). A relação das culturas humanas com as substâncias psicoativas expressa tanto uma relação com a natureza quanto um processo único de construção social da realidade, o que torna relevante considerar a contextualização na abordagem do consumo dessas substâncias, e os vários significados que essas substâncias possuem nas culturas e épocas (Pinho, 2009).

Segundo Gigliotti e Bessa (2004), o álcool remonta a história dos povos desde os primórdios da humanidade, sendo a convivência do homem com o álcool milenar. Culturalmente, o álcool, em suas variadas formas e desde sempre, faz parte dos hábitos de vida de inúmeros povos, sempre acompanhado de um simbolismo e possuindo várias funções.

Existe inclusive o que se poderá chamar de marca registrada de cada povo com sua bebida, como é a cachaça no Brasil, adquirindo um valor simbólico e de hábito cultural. Há também os inúmeros rituais religiosos, nos quais a bebida alcoólica é parte integrante das cerimônias. Assim, o enfrentamento dos problemas relacionados ao consumo prejudicial do álcool passa a ser muito mais difícil e delicado que todas as demais drogas, lícitas ou ilícitas, principalmente se considerarmos a força econômica das indústrias de bebida, e os aspectos sociais, culturais e religiosos envolvidos. Todavia, observa-se transformações no uso do álcool ao longo dos anos, que passou de seu uso social e simbólico a um uso considerado problemático – um problema de saúde coletiva de ordem mundial.

Os danos à saúde, causados pelo álcool, em sua maioria, são danos indiretos, mais difíceis de serem percebidos. E a isto, ainda, soma-se o fato de que, em pequenas doses, o álcool chega a fazer parte inclusive do hábito alimentar de muitos povos, gerando uma questão controversa no campo da saúde pública. Segundo Meloni e Laranjeira (2004), há dimensões que são importantes para mensurar o impacto que o álcool poderá ou não exercer sobre a saúde de pessoas e comunidades, que são as de exposição e as de medidas das consequências. Na dimensão de exposição, tem-se a discriminação do volume médio de consumo em uma dada população, sendo possível, também, estimar o volume consumido por subgrupos, elegendo alguns elementos de interesse. Essa dimensão é importante para avaliar o risco que é atribuído ao álcool como agente implicado nas taxas de morbimortalidade geral.

Segundo Pinho (2009), as pesquisas na área são unânimes em afirmar os efeitos nocivos do álcool e os problemas a ele associados. Meloni e Laranjeira (2004) pontuam que há correlações fisiopatológicas estabelecidas entre o consumo e o desenvolvimento de doenças. A ação do álcool no corpo é influenciada por diversos fatores, como a frequência, a quantidade ingerida e a quantidade absorvida, a distribuição pelos tecidos do organismo, a sensibilidade individual, diferenciada conforme órgãos e tecidos, e a velocidade da metabolização. Ao longo do tempo, o consumo de álcool leva a diversos problemas de saúde, como a cirrose e os cânceres, uma vez que o etanol pode atingir vários órgãos e tecidos do corpo com o uso abusivo ou excessivo dessa substância (Formigoni, Galduróz, & De Micheli, 2011).

Após o consumo do álcool, 90% é metabolizado e transformado em acetaldeído ou aldeído acético, por meio da ação da enzima álcool desidrogenase, presente no fígado. O acetaldeído transforma-se em acetato e é eliminado do organismo. Esta substância, que permanece por mais tempo no organismo, exerce efeitos sobre o mesmo, aumentando a pressão arterial e os batimentos cardíacos. Além disso, o álcool tem contra indicação para

pessoas com diabetes, por afetar o equilíbrio dos fatores que são responsáveis pela manutenção dos níveis de glicose. Como a metabolização é realizada no fígado por enzimas que também metabolizam outras substâncias, ele pode atrasar a eliminação de outras drogas e medicamentos, alterando seus efeitos (Formigoni et al., 2011).

O uso de drogas é motivado por vários fatores, e um dos mais importantes é o efeito gerado pelas substâncias psicoativas, que produzem sensação de prazer ou reduzem sensações desagradáveis. A principal ação das drogas está numa via de circuitos neurais responsável pelo sistema de recompensa no cérebro, causando sensações de prazer ao usuário. Essas sensações são ocasionadas pela maior liberação na via mesolímbica da dopamina DA, um neurotransmissor cerebral. O uso repetido de drogas gera alterações no sistema nervoso, levando à tolerância e/ou sensibilização, que aumentam o desejo de consumo de mais substâncias (Duarte & Formigoni, 2011).

Além disso, segundo estas autoras, o uso de álcool pode ser um recurso comum, adotado por algumas pessoas para lidar com situações estressantes ou desagradáveis. Pode ser do tipo experimental, em que a pessoa experimenta a substância alguma vez na vida, mas não continua o uso; do tipo recreativo ou social, em que o uso de substâncias ocorre em situações específicas como festas ou lazer, mas a pessoa mantém suas atividades diárias; e, por fim, o uso problemático, no qual a utilização de substâncias pode levar a pessoa a provocar danos e prejuízos a ela mesma ou a outras pessoas. O uso problemático pode envolver o uso abusivo ou nocivo ou a dependência.

A *Classificação Internacional de Doenças – 10ª versão (CID-10)* conceitua o uso nocivo ou prejudicial de álcool como um padrão de uso de substância psicoativa que causa dano físico ou mental à saúde. Estes padrões nocivos são frequentemente criticados por outras pessoas e se associam às diversas consequências sociais ou legais de variados tipos. Já a dependência de álcool se refere a um conjunto de fenômenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais: a presença de um desejo forte e irresistível de consumir drogas psicoativas, álcool ou tabaco; a evidência da tolerância ao álcool; a síndrome de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessa ou é reduzido; o abandono dos prazeres ou interesses em favor do uso da substância; a persistência no uso da substância mesmo mediante a evidências de consequências nocivas manifestadas (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1993).

As definições sobre o padrão de uso de álcool, como a de uso frequente, uso pesado, uso abusivo e dependência, são importantes para fins de pesquisa. O uso frequente é o consumo de álcool em seis ou mais vezes no mês que antecede a pesquisa; o uso abusivo se refere ao padrão de consumo associado com problemas na vida da pessoa, podendo afetar

aspectos físicos, mentais e sociais, porém o indivíduo ainda consegue manter um padrão de funcionamento, mesmo que parcial; o uso pesado se refere a um consumo de 20 ou mais vezes no mês que antecede à pesquisa; a dependência acarreta prejuízos significativos em esferas da vida da pessoa, que já não consegue manter suas atividades diárias e passa a maior parte de seu tempo utilizando a substância, para se livrar da “ressaca”, ou em busca da substância. A expressão uso na vida se refere a qualquer uso de álcool na vida da pessoa, mesmo que seja um único episódio; e uso no ano é ter consumido álcool pelo menos uma vez no último ano que antecede a pesquisa (Duarte & Formigoni, 2011).

Avaliar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas é necessário para estimar o grau de gravidade de uso, utilizando-se o conceito de unidade de álcool ou dose padrão. Há controvérsias sobre a dose padrão e na definição do consumo moderado ou pesado de álcool. Segundo Laranjeira et al. (2007), os padrões de consumo e os riscos associados a ele são variáveis, de acordo com a cultura, a faixa etária, o gênero, normas sociais e o subgrupo social de interesse. Esse padrão de consumo influencia nas taxas de morbimortalidade numa razão diretamente proporcional ao risco associado a ele. A dimensão das consequências do consumo de álcool é dada pela correlação entre volume e padrões de consumo e as várias categorias de problemas de saúde que são associadas ao álcool.

Segundo Duarte e Formigoni (2011), além dos prejuízos físicos, ocasionados pelo consumo abusivo de álcool, há também os problemas psicológicos e sociais acarretados. As comorbidades são doenças que podem ocorrer ao mesmo tempo numa mesma pessoa, e isso pode ser bastante comum em pessoas que são portadoras de doenças crônicas. As comorbidades podem estar presentes e interferirem entre si, podem ocorrer as físicas, que é a presença de outras doenças, ou psiquiátricas, como depressão, ansiedade, problemas alimentares, entre outras, que podem agravar o quadro. Sendo assim, um tratamento integrado deve ser feito, visando uma melhora global de funcionamento.

Nesse contexto, é possível observar que há fatores de risco e fatores de proteção, que podem desempenhar papéis importantes no uso ou não de álcool e outras drogas. Conhecer esses fatores é importante no desfecho do tratamento ou mesmo no trabalho de prevenção e promoção em saúde nessa área. Segundo Duarte e Formigoni (2011), os fatores de proteção são aqueles que reduzem as chances do início do consumo ou agravamento, e os fatores de risco aumentam as chances do consumo da droga. Os fatores de proteção envolvem aspectos pessoais, como autoestima e crenças sociais e religiosas; aspectos familiares, como ter um bom nível de relacionamento; e aspectos sociais, como oportunidades de trabalho e lazer, amizades e vínculos com instituições de diversas naturezas. Da mesma forma, contribuem

para a exposição ao consumo, fatores como baixa autoestima, falta de suporte social, falta de envolvimento afetivo significativo, faltas de oportunidades de trabalho e lazer ou vínculos sociais. Existe também a presença de fatores de risco ou proteção específicos em alguns grupos, como mulheres, idosos, adolescentes, entre outros. Alguns fatores podem ser ao mesmo tempo de risco ou de proteção, conforme o contexto, como é o caso da família.

A adolescência é um período bem propício para o contato com substâncias, por diversos fatores, tanto intrínsecos quanto extrínsecos ao indivíduo. Já entre os idosos, o consumo de álcool pode ser significativo, com início do consumo problemático na idade jovem e mantido no decorrer da vida, ou ter iniciado o consumo num período mais maduro da vida. Neste grupo é mais difícil detectar o problema, por isso é relevante observar os sinais e sintomas que podem guardar relação com o uso nocivo de álcool. Alguns problemas muito específicos nesse grupo podem se constituir em fatores de risco, como condições crônicas de saúde, que podem acarretar dores constantes ou insônia, entre outros, ou problemas funcionais, que podem produzir sentimentos de solidão, tristeza e levar ao isolamento. Entre mulheres, há uma relação bem diferenciada no aspecto biológico do uso abusivo de álcool e outras drogas, que difere bastante da dos homens. A mulher se embriaga mais facilmente, por ter menos água no corpo para trabalhar na diluição do álcool no organismo, possui também uma menor quantidade do álcool desidrogenase (ADH), a enzima responsável pelo metabolismo do álcool ingerido. Há também influência das mudanças hormonais, como as tensões pré-menstruais, que podem levar ao aumento do consumo como forma de alívio da ansiedade e da tensão. Há também outros fatores ligados aos aspectos ocupacionais, sociais, psicológicos e culturais, que podem influenciar no consumo de substâncias (Duarte & Formigoni, 2011).

Existem alguns instrumentos de fácil aplicação, desenvolvidos com o apoio da OMS e utilizados para detectar o uso/abuso/dependência de álcool ou problemas a ele relacionados. Entre eles, destacam-se: o CAGE, que identifica quadros de dependência mais graves, não sendo indicado para problemas iniciais e para ações preventivas; o ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*), instrumento utilizado para triagem do uso de substâncias psicoativas, fornecendo informações sobre o uso de substâncias na vida e nos últimos três meses, sobre os problemas relacionados ao uso de substâncias, o risco atual ou futuro para problemas decorrentes do uso, indícios de dependência e uso de drogas injetáveis (De Micheli, Formigoni, & Ronzani, 2011). Para adolescentes, são utilizados instrumentos específicos, como o DUSI (*Drug Use Screening Inventory*), instrumento que avalia de forma rápida e eficiente os problemas relacionados ao uso de substâncias para adolescentes, a

aplicação periódica permite o monitoramento em relação às metas estabelecidas, permitindo avaliar o progresso do tratamento, ele tem estrutura modular que permite o uso somente da área 1 sobre uso de substâncias, o que possibilita uma aplicação rápida; o T-ASI (*Teen Addiction Severity Index*) é uma versão modificada do ASI (*Addiction Severity Index*) para adultos, avalia o grau de gravidade do uso de substâncias e problemas em outras áreas da vida do adolescente no último mês, nos últimos três meses e a história das pessoas em cada uma das áreas (De Micheli & Sartres, 2011). O AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), o mesmo vem sendo bastante utilizado para a identificação de problemas associados ao uso de álcool, tanto em estudos populacionais quanto em estudos clínicos, sendo um instrumento bem abrangente ao detectar diferentes níveis de problemas associados a padrões diferentes de uso de álcool, ele possui fácil aplicação, podendo ser utilizado também para ações de prevenção. Tais recursos avaliativos são fundamentais na triagem e diagnóstico do problema, para que intervenções direcionadas à prevenção e tratamento possam ser realizadas.

### ***1.2.3 O Tratamento para os problemas relacionados ao uso de álcool***

Historicamente, tipos diferenciados de tratamento para lidar com o fenômeno surgiram ao longo dos anos, tendo em vista que variam conforme a filosofia adotada sobre a causa do problema. Pinho (2009) aponta, como modelos principais utilizados para o enfrentamento da problemática do álcool e outras drogas, o modelo jurídico-moral, o médico, o psicossocial e o sociocultural. O modelo jurídico-moral evidencia o efeito perigoso das substâncias ilícitas e a necessidade de dificultar o acesso a essas substâncias, baseando-se nos conceitos de legalidade/ilegalidade, finalidade medicinal/não medicinal. Já no modelo médico, a abordagem do problema droga, do usuário e do contexto é dentro da perspectiva epidemiológica de agente/hospedeiro/meio ambiente, numa visão unicista da doença. O modelo sociocultural enfatiza o contexto em que o uso da droga é adquirido, considera os efeitos farmacológicos e a forma como as sociedades veem o uso e o usuário. No modelo biopsicossocial, em que o fenômeno do álcool é visto como multicausal, sendo também o modelo referenciado pelas políticas voltadas para a área, o usuário é considerado um sujeito ativo em todo o processo, há uma preocupação em torno de qual é o significado do uso da substância e qual a função para o sujeito (Cruz et al., 1999; Pinho, 2009). Essa mudança conceitual abre espaço para outras abordagens, como procedimentos clínicos, suporte social, psicoterapias e também para outras profissões (Silva, E. A., 2011).

A assistência deve ser ofertada em todos os níveis de atenção do SUS. Na atenção primária, necessita envolver os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que precisam estar articulados a outros níveis de atenção. A prevenção deve ser realizada de forma abrangente. O tratamento de casos mais agravados pode ser desenvolvido em Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad), hospitais ou locais especializados, priorizando-se instituições extra-hospitalares, situadas na comunidade, e a abordagem psicossocial (Ministério da Saúde [MS], 2004). O tratamento pode também estar articulado a grupos comunitários, como os Alcoólicos Anônimos (AA) e as comunidades terapêuticas (CTs) credenciadas.

A abordagem da redução de danos envolve ações e estratégias cujo objetivo é reduzir os agravos e o impacto dos problemas socioeconômicos e culturais relacionados ao uso de álcool e outras drogas. A abstinência não é vista como o único objetivo na abordagem do uso de substâncias, considera-se também a diversidade humana e a sua singularidade, que dá margem a diferentes possibilidades e escolhas, o que pode ser levado em conta nas práticas de saúde voltadas para esse campo. A redução de danos é um método que deve ser adotado sem excluir outros, devendo inclusive intervir na construção de redes de suporte social, não deixando de enfatizar que a rede pode ser constituída de profissionais, familiares, instituições governamentais e não governamentais em interação contínua (MS, 2004). É importante compreender que o conceito de vulnerabilidade para o uso indevido de álcool ou outras drogas tem uma maior dimensão em pessoas insatisfeitas com sua qualidade de vida, que possuem saúde deficiente, que não têm informações suficientes acerca da questão do álcool e das drogas, que possuem acesso facilitado às substâncias e que apresentam uma integração comunitária deficiente. Por isso, é relevante identificar os fatores de risco e de proteção presentes no indivíduo, em suas relações interpessoais e sociais e/ou comunitárias (MS, 2004). O tratamento das comorbidades, sejam elas psíquicas ou com repercussões médicas/clínicas, também precisa ser realizado conjuntamente com outros profissionais habilitados, pensando na ótica da integralidade das ações para uma melhor abordagem e orientação dos usuários.

Quanto ao suporte teórico da abordagem clínica da dependência de drogas, são apontadas as abordagens psiquiátricas, cognitivas/comportamentais e psicodinâmicas, existindo diversas técnicas empregadas, baseadas nesses modelos ou em outros pressupostos. Entre estas estão as terapias individuais ou grupais, comunitárias, familiares; grupos comunitários de autoajuda ou religiosos (Edwards & Dare, 1997; Silva, E. A., 2011).

Numa perspectiva clínica do consumo de álcool, segundo Marlatt (citado por Souza & Noto, 2013), a capacidade de autocontrole do usuário pode ser alterada pelo efeito da substância, comprometendo a responsabilidade sobre o consumo de álcool. Assim, uma dose pode ser seguida de várias outras, em decorrência do efeito proporcionado pelo álcool, muitas vezes acompanhado de sensações de bem-estar e estado de relaxamento, tornando mais difícil cessar seu uso. Dessa forma, a abordagem deve envolver primeiro a identificação do padrão de consumo de álcool através da aplicação de um instrumento de triagem, para que a intervenção seja adequada ao perfil de uso do usuário. O instrumento de triagem pode, inclusive, estar inserido na anamnese utilizada pelos serviços de saúde, aplicado como parte de uma entrevista, o que pode permitir uma maior abertura por parte do usuário (Souza & Noto, 2013). Essas autoras apontam a importância de se sistematizar abordagens nos serviços como parte da rotina, envolvendo a triagem, a Intervenção Breve e o Aconselhamento Motivacional.

A Intervenção Breve oferece recursos para modificação de atitudes, utilizando-se de alguns conceitos da entrevista motivacional para tal finalidade (Babor & Higgins-Biddle, 2003); deve envolver um planejamento de metas compartilhadas entre profissional de saúde e usuário no sentido de promover mudanças quanto ao padrão de uso de álcool, sendo, inclusive, apontada como uma ferramenta útil na abordagem de usuários com uso nocivo ou de risco de álcool (Souza & Noto, 2013).

A Entrevista Motivacional, desenvolvida por Miller e Rollnick, na década de 80, baseia-se em princípios cognitivos de entendimento dos problemas e de reações emocionais mediante a eles. Tem o objetivo de auxiliar o sujeito a promover mudanças em sua vida, baseando-se em estágios que compõe esse processo motivacional. A mesma adota o princípio da ambivalência e do modelo transteórico dos estágios motivacionais: pré-contemplação, contemplação determinação ou preparação, ação, manutenção e recaída (Miller & Rollnick, 2001; Pinho, 2009). As duas abordagens devem ser feitas de forma empática e voltadas para a ampliação da consciência do usuário acerca de seu consumo de álcool, evitando-se a confrontação e favorecendo a reflexão (Souza & Noto, 2013). Segundo essas autoras, para que ocorra a inclusão do processo de triagem e de Intervenção Breve nas rotinas dos serviços de saúde, deve haver um envolvimento da equipe de profissionais através da adoção de medidas importantes que remetem ao planejamento, treinamento, monitoramento e retorno dessas ações no cotidiano dos serviços. Dessa forma, pode-se alcançar maior efetividade e reduzir possibilidades de criar situações estigmatizantes.

### **1.2.4 DRC e uso de álcool**

A relação entre consumo de álcool e doenças crônicas já vem sendo estudada há algum tempo, buscando esclarecer as relações entre as mesmas. Entretanto, a maioria dos estudos busca a associação e não estabelece relação de causa-efeito, o que contribui para muitas controvérsias nesta discussão.

Vários estudos no âmbito da literatura vêm apontando que a ingestão moderada de álcool, especialmente o vinho, possui efeitos protetores (Funakoshi et al., 2012; Lo Presti, Carollo, & Caimi, 2007; Schaeffner et al., 2005). Esse efeito protetor sugerido é semelhante aos mecanismos relacionados às doenças cardiovasculares, em que a ação protetiva se dá mediante alterações sanguíneas de lipoproteínas de alta densidade, insulina, fibrinogênios e fatores hemostáticos. Entretanto, o álcool é um potencial fator de risco para danos glomerulares, hipertensão e nefrosclerose hipertensiva (De Francisco et al., 2005).

Colditz (1990), num estudo epidemiológico prospectivo sobre o estilo de vida e saúde entre mulheres americanas, entre 30 a 55 anos, o *The Nurses' Health Study*, avaliou a relação entre a ingestão moderada de álcool e o risco relativo para o desenvolvimento de câncer de mama, doenças cardíacas coronarianas, derrame, hipertensão e *diabetes mellitus*. As conclusões do estudo demonstraram que o consumo moderado de álcool se associou com o aumento do risco relativo para o desenvolvimento da hipertensão, com o aumento significativo para o câncer de mama nessa coorte. No caso do *diabetes mellitus*, das doenças cardíacas e do derrame isquêmico, a associação foi inversa entre o consumo de álcool e o risco relativo para o desenvolvimento da doença.

Num estudo retrospectivo, realizado no Brasil por Portugal, Correia e Siqueira (2010), sobre dependência de álcool e comorbidade, numa amostra de 160 usuários de um programa de assistência a alcoolistas, a hipertensão foi o transtorno mais encontrado (33,1%), seguido pelas doenças do aparelho gastrointestinal (30,6%), pelo diabetes (8,8%), pelas doenças do aparelho respiratório (3,1%) e pelas parasitoses intestinais (2,5%). O número de doses consumidas pelos pacientes, antes do início do seu tratamento, foi de 21 a 25 doses (26,3%), 6 a 10 doses (23,4%), 1 a 5 doses (19%) e 11 a 15 doses (12,4%). Entre os fatores sociais, 34,4% dos pacientes apresentaram algum tipo de problema social, sendo os mais prevalentes os conjugais (18,1%) e laborais (12,5%).

A DRC é altamente associada com fatores de risco, como hipertensão e diabetes, e constitui também importante fator de risco independente para o desenvolvimento de doenças cardiocerebrovasculares (Schäbitz & Reinecke, 2011). Uma pesquisa prospectiva, numa

coorte de 11.780 japoneses, encontrou associação entre consumo de álcool, baixas taxas de filtração glomerular (eGFR < 60 ml/min) e derrame hemorrágico. Embora a ingestão moderada de álcool seja conhecida como um fator protetivo para doenças cardiocirculatórias, nessa coorte, homens e mulheres com DRC, que consumiam álcool (< 23 g/semana), apresentavam maior risco de derrame (5,3% e 6,1% respectivamente) quando comparados com os que não consumiam álcool e tinham DRC (0,7% e 1,7% respectivamente), conforme assinalou Shimizu et al. (2011). Há uma hipótese de maior toxicidade do álcool no cérebro em sujeitos com DRC.

Crowe, Howse, Bell e Henry (2000), num artigo de revisão sobre os efeitos das substâncias de abuso sobre a patologia renal, ressaltam que há várias consequências médicas para o uso recreacional de drogas, principalmente para os rins, como uma das principais vias de excreção dessas substâncias e de seus metabólitos. O abuso de substâncias leva ou exacerba um amplo espectro de doença renal. O efeito dessas substâncias no organismo envolve uma série de mecanismos e algumas são diretamente nefrotóxicas, o que pode levar às situações crônicas de saúde. McClellan e Flanders (2003), numa revisão sobre fatores de risco para doença renal crônica progressiva, apontam o consumo de álcool, o tabagismo e o uso de substâncias entre os fatores de risco associados à ocorrência e progressão da DRC, como modificáveis e alvo de intervenções, principalmente em populações de altos riscos.

Vupputuri e Sandler (2002) examinaram os efeitos dos fatores de risco relacionados ao estilo de vida (consumo de álcool, tabagismo e índice de massa corporal (BMI)) sobre o desenvolvimento da doença crônica, num estudo de caso-controle com 1.070 participantes (554 casos de hospital e 516 controles) com diagnóstico recente de DRC e autorrelato de consumo de álcool, tabagismo e índice de massa corporal. Não foram encontradas associações significativas entre o consumo de álcool ou o tabagismo, com DRC e com a nefropatia.

Sandhu et al. (2011) avaliaram o impacto do abuso de substâncias sobre o acesso ao transplante renal em pessoas com no estágio final da DRC, utilizando dados do Sistema de Dados Renais dos Estados Unidos. As variáveis primárias foram abuso de álcool, tabaco ou drogas ilícitas, com 1.077.699 pacientes, quando comparados com os que não apresentaram nenhum tipo de abuso de substâncias, todos aqueles que apresentaram abuso de uma das três substâncias foram associados ao acesso reduzido ao transplante.

White et al. (2009) realizaram um estudo longitudinal numa coorte de 6.259 adultos (> 25 anos), na população australiana, com histórico de dependência de álcool, de um *baseline* (1999-2000) e *follow-up* (2004-2005) para verificar a associação entre consumo de álcool e DRC. Neste estudo, a autoidentificação como bebedor moderado ou pesado versus

bebedor leve apresentou associação com risco elevado de albuminúria em mulheres e homens (< 65 anos). A ingestão de álcool  $\geq 30$  g/dia foi associada a risco aumentado de albuminúria após ajustamento para sexo, idade e baseline para função renal, mas um risco reduzido de GFR < 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, se comparado ao consumo < 10g/dia. A partir dos resultados, esse estudo conclui que o consumo moderado-pesado de álcool pode ser um fator de risco modificável importante para albuminúria na população geral, e os autores indicam que o conhecimento natural de que o álcool é um indutor de prejuízo/dano renal, relacionando-se com marcadores da função renal (albuminúria e GFR) na população geral, precisava ainda ser melhor esclarecido em novas pesquisas sobre o assunto.

A associação entre consumo de substâncias, especialmente o de bebidas alcoólicas, e a doença renal merece atenção, pois muitos são os questionamentos e controvérsias nesta área. As evidências para relação entre o consumo de álcool e DRC são conflituosas na literatura relevante, precisando de mais pesquisas que investiguem a relação álcool e DRC, assim como os fatores psicossociais envolvidos.

### **1.3 Fatores Psicossociais: uma Interlocação com a Doença Renal Crônica e o Uso de Álcool**

#### ***1.3.1 Fatores psicossociais: suporte social e coping***

##### *1.3.1.1 Suporte social: aspectos conceituais e metodológicos*

A associação entre relações sociais e saúde/doença/cuidado envolve uma questão bastante complexa que mantém o desafio de prover modelos teóricos e intervenções que deem conta das múltiplas relações entre os aspectos envolvidos. Isto se dá porque a saúde deve ser entendida como produto da vida social, assim, envolve a forma como as pessoas vivem, como organizam suas vidas em face de suas condições sociais, destacando a dimensão relacional, sócio-histórica e política (Gonçalves, 2012).

A definição do conceito de suporte social não é uniforme, são várias definições que se voltam para diferentes aspectos das relações interpessoais. Em geral, o conceito empregado se refere a “qualquer informação, falada ou não, e/ou grupos com os quais se têm contatos sistemáticos e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentais positivos” (Gonçalves et al., 2011, p. 1756). Para Cobb (1976), um pioneiro nos estudos sobre suporte social em interface com a saúde, o conceito se refere à disposição de informações e situações

que levam um sujeito a acreditar que é cuidado, amado, estimado, valorizado e que pertence a uma rede social de obrigações mútuas.

Num panorama breve, ‘suporte social’, cujo termo “apoio social” é bastante utilizado para representar este constructo, reporta-se a segunda metade dos anos 50 com os estudos iniciais, no campo da psicologia, sobre a teoria do estresse e dos estressores. Buscava-se demonstrar os efeitos do suporte social sobre diferentes estressores (biológicos, ambientais, sociais, individuais e coletivos) que afetavam as condições de vulnerabilidade dos indivíduos e os quadros crônicos, psicológicos e psicossomáticos.

Segundo Canesqui e Barsaglini (2012), nos anos 70, houve um deslocamento da discussão para o campo da sociologia, com a utilização de abordagens realistas e empíricas, e predomínio de pesquisas de cunho quantitativistas e positivistas. As abordagens construtivistas, cujo enfoque se volta para a realidade objetivada e exteriorizada da sociedade em construção, surgem em oposição a estas abordagens. Assim, o suporte social integra-se às ações e relações entre os atores e a certos contextos ou eventos, envolvendo significações entre estes, numa perspectiva interacionista simbólica. A fenomenologia vem, por sua vez, abarcar o senso comum nas significações do suporte social no cotidiano, voltando-se para as crenças, tradições e conhecimentos. O construtivismo é integrado à abordagem cognitiva, numa perspectiva sociopsicológica, enfatizando o apoio social percebido, considerando elementos da personalidade e das formas de enfrentamento dos eventos vivenciados.

Para S. D. Cohen e Mckay (1984), o termo suporte social foi amplamente utilizado nos anos 70 e 80 para se referir aos mecanismos pelos quais relacionamentos interpessoais poderiam presumidamente amortecer o impacto de estressores ambientais; assim, seriam recursos fornecidos por outros, quando alguém se vê confrontado com um estressor. Nessa perspectiva, o interesse estava no efeito protetor dos relacionamentos interpessoais sobre as pessoas com relação aos possíveis efeitos patogênicos de eventos estressores.

A saúde pública também se insere neste debate a partir dos anos 70, pelo interesse nas redes sociais nas quais os sujeitos se inserem e se relacionam, voltando-se para o apoio social resultante da integração da pessoa em diversas redes que ofertam suporte material, cognitivo, emocional e afetivo. Rede entendida aqui envolvendo grupos menores, sistema global e de comunicação, incluindo a diferenciação nas relações quanto a serem simétricas ou assimétricas nas direções assumidas, e se as relações tecidas envolvem ou não troca e reciprocidade. Desta forma, o termo suporte social, no sentido de relações sociais e ligações entre pessoas e grupos, se aplica às relações naturais, como família, grupos informais – por

exemplo os de autoajuda – os grupos formais e institucionalizados – como os de apoio a pessoas doentes (Canesqui & Barsaglini, 2012).

Como um constructo multidimensional, pode ser avaliado em vários níveis, possuindo uma natureza bidirecional e moderadores diversos, como gênero, mudanças culturais, desenvolvimento pessoal, entre outros (Sarason, I. G. & Sarason, B., 2009). Sua avaliação pode ser realizada através da disponibilidade e qualidade de apoio. Sobre os tipos de apoio, eles podem envolver a percepção do sujeito sobre o apoio e sua perspectiva do que recebe neste aspecto, e raramente na perspectiva de quem fornece apoio (Gonçalves et al., 2011).

Due, Holstein, Lund, Modvig e Avlund (1999) apontam tendências na definição do constructo de suporte social, que pode ser visto na perspectiva de uma hierarquia no campo conceitual. Em uma dessas tendências, as “relações sociais” são o principal conceito, o “apoio social” envolveria seu aspecto funcional numa perspectiva mais qualitativa (integração, tensões sociais, relações conflitantes), e as “redes sociais” implicariam os aspectos estruturais num ponto de vista mais quantitativo/estrutural (tamanho, duração, frequência, diversidade, densidade e reciprocidade). As outras duas tendências situam o suporte social ou as redes sociais como conceitos centrais. O suporte social como conceito principal é entendido como decorrente de aspectos estruturais (integração, redes e relações sociais), e entre suas dimensões principais estão o suporte emocional, instrumental, informacional e cognitivo.

O suporte emocional refere-se à percepção de receber apoio, cuidados, de ser valorizado por alguém que é afetivamente importante e se encontra disponível para o indivíduo. Já o suporte instrumental/material se refere à assistência direta e prática ao sujeito, de forma a auxiliar na resolução de problemas e realização de atividades concretas necessárias. O suporte informacional aplica-se a obtenção de informações, conselhos práticos e úteis para manejar situações e problemas, e o suporte cognitivo volta-se para incentivos, escuta e reforço positivo, beneficiando no senso de autoafirmação (Due et al., 1999; Gonçalves et al., 2011)

Apesar de haver três conceitos agrupados por esse constructo, especificamente: redes, comportamentos e avaliação subjetiva de apoio; na maioria das pesquisas a operacionalização do constructo é feita apenas através da percepção de suporte ou do apoio recebido, negligenciando outros aspectos igualmente importantes (Gonçalves et al., 2011; Hupcey, 1998). A percepção do suporte, que é concretamente recebido, é apontada como importante por se relacionar com a significação que o sujeito atribui a esse auxílio em uma situação específica, envolvendo também o grau de satisfação com o tipo de apoio recebido e a

relação existente entre o receptor e o provedor. Neste processo, destacam-se os aspectos relacionados à personalidade, aos eventos de vida e aos modos de enfrentamento de cada indivíduo.

No processo de avaliação, Barrera (1986) destaca as seguintes categorias: o enfoque da rede social, a integração do sujeito a um grupo e as relações entre eles; o enfoque no suporte recebido, avaliando o que o indivíduo recebe e relata receber; o enfoque no suporte percebido, que é aquele que a pessoa julga estar disponível. Há também o uso de várias técnicas para mensurar o suporte social, refletindo os diferentes enfoques teóricos, como: escalas, inventários, questionários, entrevistas, grupos focais, mapas de suporte social. Segundo Gonçalves et al. (2011), há poucos instrumentos no Brasil para mensurar o suporte social e muitos não atendem a parâmetros psicométricos validados.

Para Gonçalves (2012), podem-se observar duas tendências conceituais que perpassam os discursos e pesquisas no campo e que direcionam de forma específica as intervenções: o conceito de ‘apoio social’ referindo-se aos níveis individual e grupal e os conceitos de ‘coesão grupal’ e ‘capital social’ abrangendo níveis de relações sociais mais abrangentes, enfocando a comunidade. A primeira tendência utiliza o termo “apoio social” para descrever o processo pelo qual as relações sociais podem promover saúde e bem-estar, por meio da provisão ou troca emocional, informativa e instrumental em resposta à percepção da necessidade de ajudar ou receber ajuda. Esse tipo de suporte sobrevém com mais frequência em situações pontuais ou crônicas de estresse, como por exemplo, na ocorrência de doenças. A característica estrutural dos vínculos sociais é fornecida pela noção de redes de apoio e o suporte social envolve a dimensão funcional ou qualitativa dessa rede, que se traduz na percepção dos recursos que visam atender às necessidades específicas e que são vistos como disponíveis pela pessoa em suas relações formais ou informais. Os modelos empíricos de pesquisas, mais comuns nessa tendência, são os modelos cognitivistas e da teoria do estresse e o das relações interpessoais. Há uma predominância de pesquisas quantitativas centradas na avaliação da percepção individual sobre o apoio recebido, e as intervenções se voltam mais para grupos de maior vulnerabilidade e riscos psicossociais, como o grupo de pessoas portadoras de doenças crônicas.

A outra tendência, a nível comunitário, abarca um nível mais amplo das relações sociais e tem focalizado os benefícios e riscos à saúde, que são decorrentes tanto da conformação de redes e do suporte social quanto de aspectos como confiança, coesão, reciprocidade, senso de pertencimento e participação social. Dessa forma, as relações sociais podem operar na regulação das emoções, cognições, comportamentos, crenças e até mesmo

respostas biológicas em face de interações e condicionamentos, que atuam principalmente na promoção de saúde ou na produção de vulnerabilidades. Há uma ênfase nos aspectos relacional, sócio-histórico e político da saúde, vista como produto da vida social. Há uma grande contribuição da teoria social contemporânea na ampliação do escopo das intervenções no campo da saúde (Canesqui & Barsaglini, 2012; Gonçalves, 2012). Assim, tendências diferentes influenciam de forma peculiar as intervenções no campo da saúde.

Canesqui e Barsaglini (2012), numa revisão bibliográfica sobre o “apoio social”, no período de 1980 a 2005, identificaram na literatura internacional e nacional os aspectos teórico-conceituais que vem norteando as pesquisas nessa área. Os autores identificaram as principais abordagens teóricas na literatura internacional: as psicossociais, focando o estresse e seus derivantes; as sistêmicas funcionalistas, que enfatizam a integração e a coesão social; as construtivistas, segundo a psicologia cognitiva, centradas na percepção do apoio social; as abordagens sociológicas de situações interativas; o suporte social e os comportamentos; a capital social; o estrutural-construtivismo e a escolha racional. Os temas que emergem são sobre os efeitos positivos do suporte; os efeitos negativos da falta de suporte; as variações de suporte, teorias e metodologias sobre o tema.

Nos temas sobre os efeitos positivos do suporte são elencados os subtemas: redução do estresse e dos problemas mentais e psicológicos; ajustamento às perdas e doenças crônicas na adesão aos tratamentos; qualidade de vida, prevenção e proteção à saúde; prevenção de doenças e bem estar psicológico; quebra de isolamento, integração social e empoderamento; aumento do senso de controle e redução da morbimortalidade. Os subtemas relacionados aos efeitos negativos da falta de apoio são o aumento do estresse e dos problemas psicológicos; a deterioração da saúde e predisposição às doenças; o estigma; os fatores ou comportamentos de risco; a adesão ou não aos tratamentos. As variações de apoio envolvem questões de gênero, etnia, cultura, religião, família, situação marital e grupos de risco.

Já na literatura nacional, prevalecem reflexões teóricas sobre as pesquisas empíricas subjacentes às abordagens, os efeitos positivos ou negativos da falta de suporte, as redes e trocas sociais e as variações de suporte social com a cultura, religião e família (Baptista, M. N., Baptista, A. S., & Torres, 2006; Corrêa, Moreira-Almeida, Menezes, Vallada, & Scazufca, 2011; Seidl & Tróccoli, 2006).

As dificuldades tornam-se maiores devido à influência de variáveis que remetem a um constructo que exerce uma influência indireta sobre o fenômeno, diferenciando-se de fatores de risco clássicos e mais conhecidos de relação causal direta e que permitem determinar o efeito preditivo das variáveis. A literatura sobre pesquisas provenientes de

diversas áreas apontam limitações importantes no campo, como a falta de consenso na definição conceitual de apoio social, o uso de diferentes teorias, questões de mensuração, a escassez de reflexões conceituais e o desacerto entre os conceitos e os instrumentos utilizados nas pesquisas (Canesqui & Barsaglini, 2012; Gonçalves et al., 2011).

Essa falta de definição conceitual e operacional do constructo é consensual na literatura, e essa carência de especificidade na definição e nas técnicas de avaliação acarretam dificuldades, pois a ênfase em diferentes dimensões do constructo influencia nos resultados (Barrera, 1986; Cobb, 1976; Gonçalves, 2012; Gonçalves et al., 2011). Há uma necessidade, apontada na literatura internacional e nacional, de uma melhor definição de suporte social, da adoção de medidas de avaliação mais confiáveis, inclusive mais adequadas ao contexto brasileiro, de uma melhor interpretação das evidências empíricas e da implementação de efetivas estratégias de pesquisa (Canesqui & Barsaglini, 2012; Gonçalves, 2012; Gonçalves et al., 2011; Sarason, I. G. & Sarason, B., 2009).

Assim, há uma maior exigência de um refinamento teórico e metodológico sobre a forma como as relações sociais, e mais especificamente o suporte social, podem influenciar a saúde. Contudo, como aponta Gonçalves (2012), apesar dos vários posicionamentos e divergências sobre o tema, há a concordância de que todos experimentam eventos estressantes no decorrer da vida e que seus efeitos sobre a saúde são maiores nos indivíduos e grupos que possuem menor apoio social, redes sociais pobres, uma menor capacidade em controlar seu ambiente ou situação social e níveis reduzidos de integração e participação social.

#### *1.3.1.2 O suporte social no campo da saúde*

O suporte social está associado, em muitos estudos, a importantes resultados, como morbidade, mortalidade, recuperação de uma doença e, também, a capacidade de resistir a estressores diversos. Assim, a falta de apoio, proveniente das relações interpessoais, é um fator de risco para muitos desfechos em saúde (Sarason, I. G. & Sarason, B., 2009), e sua presença e características podem contribuir para desfechos positivos ao exercer influências na percepção do indivíduo sobre situações que envolvem estresse, sobre seu bem-estar psicológico e emocional, impactando na sua saúde mental e física (Gonçalves et al., 2011).

O suporte social adequado é apontado na literatura científica há algum tempo como capaz de proteger o indivíduo em crise de uma série de estados patológicos, incluindo depressão e dependência do álcool, além de acelerar a recuperação e facilitar a adesão ao tratamento de diversos problemas de saúde, sendo um importante elemento do processo

terapêutico (Burton, Kline, Lindsay, & Heidenheim, 1998; Canesqui & Barsaglini, 2012; Christensen & Ehlers, 2002; Cobb, 1976; Cohen, S. D. & McKay, 1984; Gonçalves, 2012). Contudo, como apontam I. G. Sarason e B. Sarason (2009), saber que o suporte social é preditor de efeitos benéficos não nos informa sobre quais efeitos esperar, por que ou como.

O constructo suporte social constitui uma das dimensões importantes da teoria do estresse, envolvendo as características dos estressores, as estratégias de enfrentamento/*coping* e a avaliação subjetiva que o indivíduo faz de uma situação (Lazarus & Folkman, 1984). Assim, a natureza desse fenômeno abarcaria uma facilitação do *coping* e a tentativa de adaptação por parte do sujeito, que pode envolver uma manipulação do ambiente a favor do próprio indivíduo (Cobb, 1976).

Há a hipótese do mecanismo amortecedor ou protetor, advindo do suporte social em situações que envolvem necessidades criadas por estressores. Assim, pessoas que experimentam altos níveis de estresse poderiam revelar níveis mais baixos de dificuldades psicológicas e de sintomas físicos, se possuírem um bom suporte social (Cobb, 1976; Sarason, I. G. & Sarason, B., 2009). As principais teorias que se voltam para a hipótese de que o suporte social atua na saúde são a teoria do efeito *buffer* ou *amortecedor* e a do *efeito principal*.

Na primeira, o suporte social atua como um moderador do impacto dos eventos de vida estressantes. Nessa abordagem, que tem como principais representantes Cobb (1976) e Cassel (1976), o suporte social é associado ao estresse e a fatores psicossociais na etiologia das doenças. Cobb (1976) e Cassel (1976) publicaram artigos demonstrando as evidências clínicas, laboratoriais e epidemiológicas sobre o suporte social, lançando a atenção sobre os efeitos de laços sociais limitados ou nocivos. Os autores perceberam que os relacionamentos interpessoais que forneciam esse suporte (amor, interesse, cuidado, afeição e boa vontade em ajudar, entre outros) tinham o poder de influenciar o autoconceito dos indivíduos, suas atitudes e comportamentos, assim, deficiências nesse aspecto poderiam contribuir para o estresse ou, ao contrário, contribuir para manter a saúde (Sarason, I. G. & Sarason, B., 2009).

Portanto, as relações sociais têm influência sobre o bem estar pessoal, moderam os efeitos do estresse, atuando como amortecedores e reduzindo a vulnerabilidade mediante aos agentes estressores. Os estressores diretos podem desencadear diretamente quadros psicopatológicos, comportamentos de risco e imunodepressão; já os indiretos mediam graus diferenciados de vulnerabilidade e, assim, podem indiretamente determinar quadros psicossomáticos e diversas doenças crônicas não transmissíveis (Almeida, N. Filho, 2004;

Cassel, 1976). Há uma forte influência, neste modelo da psicologia social americana, da epidemiologia e da sociologia médica (Canesqui & Basarglini, 2012).

Já na segunda perspectiva teórica, a do efeito principal, o suporte social influencia, direta e indiretamente, a saúde das pessoas, dando ênfase ao senso de controle do indivíduo sobre a própria vida. De acordo com Thoits (1995), essa perspectiva envolve a disponibilidade de suporte e seus benefícios, independente de um conjunto particular de circunstâncias e da exposição à situações estressantes, abrangendo aspectos da personalidade do indivíduo, que exercem influência sobre várias facetas de sua vida e na forma como ela se desenvolve (Gonçalves et al., 2011; Thoits, 1995).

Antonowisk (citado por Canesqui & Basarglini, 2012) faz um desdobramento da teoria do estresse, relacionando o suporte social à capacidade de *coping*, remetendo às características da personalidade, a capacidade de manejar os recursos do ambiente social para o bem estar pessoal e a regulação dos efeitos adversos dos agentes estressores.

### 1.3.1.3 Estratégias de coping

Para Antonowiski (citado por Canesqui & Basarglini, 2012) *coping* é qualquer resposta às tensões externas da vida para evitar ou controlar o sofrimento emocional. A tradução da palavra para o português é *enfrentamento* e o conceito se refere a um conjunto de estratégias para lidar com situações percebidas como ameaçadoras (Gimenes, 1997; Lazarus, 1966). Para M. R. G. Sousa et al. (2011) *coping* ou enfrentamento pode ser definido como um esforço por parte do indivíduo para responder a estímulos internos (reações aos acontecimentos) ou externos, que é o acontecimento em si, que são avaliados como negativos ou desafiantes.

Os recursos que um indivíduo dispõe e as estratégias de *coping* que adota remetem a esforços cognitivos e comportamentais que são utilizados em circunstâncias específicas, nas quais o estresse se apresenta e pode, inclusive, gerar consequências negativas, como a ansiedade e a depressão, entre outras. Quando a resposta tem como foco o evento externo, a estratégia de *coping* utilizada é focada no problema, e se ela é direcionada para respostas emocionais ou estado interno do sujeito, o *coping* é focado na emoção (Maes, Leventhal & Ridder, 1996; Sousa, M. R. G. et al., 2011).

A forma como a pessoa reage as estratégias de enfrentamento que adota influenciará em seus comportamentos de autocuidado e na forma de administrar sua condição de saúde. Para Lazarus e Launier (citado por Gimenes, 1997), este enfrentamento é um processo que

envolve uma transação entre os recursos pessoais e valores existentes e os recursos disponíveis e restrições presentes no ambiente.

Leventhal et al. (1997) apontam as representações da doença como ameaçadoras, pois interferem no humor e na autorregulação do comportamento. Essas representações são as crenças do sujeito acerca de seu problema de saúde, assim, sua interpretação ou tentativa de atribuir um significado à situação vão mediar suas respostas perante este problema ou ameaça. Esses autores propõem o modelo de autorregulação, o qual compreende que a resposta inicial a um problema seria uma representação cognitiva e emocional da ameaça percebida ou a interpretação na tentativa de significar e de dar sentido ao problema. A etapa seguinte é a formulação de um plano e a adoção de estratégias de enfrentamento, que permitam ao sujeito recobrar seu equilíbrio físico e mental. Quando essa estratégia é de resolução do problema, o *coping* é de aproximação e as crenças que estão presentes são as de modificabilidade. Quando a estratégia é a de negação do problema, o *coping* é de evitamento e as crenças são as de falta de controle de um problema. Quando o *coping* é passivo ou centrado na emoção, as crenças são de ambiguidade dos resultados.

Há que se prestar atenção não apenas nos fatores psicológicos, mas também nos fatores sociais e culturais que permeiam o processo. Assim, há de levar em consideração os fatores sociodemográficos, os fatores psicológicos, os fatores situacionais e os fatores relacionados à percepção que o indivíduo tem sobre o problema, os quais interferem no comportamento, pois, as crenças, que intervêm na adoção das diferentes estratégias de *coping*, recebem, por sua vez, influência do contexto social e da referência ou crenças anteriores que a pessoa tem acerca do adoecimento (Sousa, M. R. G., et al., 2011).

Essa forma de abordagem do problema, que articula as representações da doença com as estratégias de *coping* adotadas, busca reparar algumas falhas existentes no modelo original de Lazarus, que não considerava aspectos relacionados às características da doença/problema, a influência dos fatores externos/ambientais, como é o caso do suporte social (Maes et al., 1996). Este acrescenta modificações, posteriormente acrescentando as metas a serem atingidas e as intenções (Lazarus, 2000).

No caso de pessoas em condições crônicas de saúde, é importante considerarmos a forma de adaptação empregada, ou seja, como a pessoa avalia os estressores gerados pela condição imposta pela doença e qual é a eficácia da estratégia de *coping* utilizada e o suporte social recebido. Desta forma, diante de um agente estressor, como o caso de ter uma doença crônica, uma avaliação da situação é realizada levando em conta fatores como as características da doença e do tratamento, bem como as características sociodemográficas e os

eventos de vida ligados ao problema. Essa avaliação envolve exigências pessoais, as metas a atingir, recursos internos (personalidade, resiliência, locus de controle, etc) e externos, como tempo e suporte percebido/recebido tanto da equipe de saúde quanto de outras pessoas que fazem parte da rede de relações da pessoa, recursos financeiros, entre outros (Sousa, M. R. G. et al., 2011).

As estratégias de *coping*, que são eleitas e empregadas, têm repercussões a nível físico, social e psicológico, e a percepção dessas repercussões irá determinar a efetividade das mesmas. Podem ser utilizadas várias estratégias ao mesmo tempo, o que depende da natureza, estágio, etiologia e crenças sobre o problema; de forma que, tanto as estratégias focadas nas emoções quanto as focadas no problema poderiam apresentar eficácia em reduzir o estresse e sentimentos atrelados, como angústia, entre outros (Santos, C., 2006; Sousa, M. R. G. et al., 2011).

Esse tipo de defesa utiliza recursos sociais vindos de suas redes interpessoais, psicológicas, relacionados às características de personalidade, comportamentos, cognições e a percepção de conviver e ter tolerância em relação ao adoecimento (Canesqui & Barsaglini, 2012). Assim, o surgimento de uma doença crônica é um acontecimento não normativo e pode se constituir em um agente estressor poderoso, que exige do indivíduo que ele a integre em sua vida e busque o equilíbrio entre suas atividades cotidianas e o controle da doença (Ribeiro, 2005; Sousa, M. R. G. et al., 2011).

Embora os mecanismos específicos pelos quais o suporte social influencia a saúde não estejam completamente elucidados, a literatura indica que a disponibilidade de suporte social percebido está positiva e significativamente relacionada com a efetividade do enfrentamento/*coping* utilizado, em que o mesmo atuaria amenizando os efeitos patogênicos do estresse no organismo, incrementando a capacidade das pessoas lidarem com situações difíceis, podendo inibir o desenvolvimento de doenças e ter um papel positivo na recuperação quando um indivíduo está doente, de acordo com Ribeiro (citado por Amorim, 2009).

### ***1.3.2 Uso de álcool, suporte social e coping no contexto da doença renal crônica***

As variáveis psicossociais, nomeadamente suporte social e *coping*, podem influenciar significativamente a percepção subjetiva do bem estar pessoal e a qualidade de vida das pessoas que enfrentam problemas crônicos de saúde, interferindo consideravelmente no cotidiano e no manejo do tratamento. No campo das doenças crônicas, há vários estudos destacando o papel dessas variáveis no desfecho dos tratamentos (Álvarez, 2007; Bertolin et

al., 2008; Coelho & Ribeiro, 2000; Martins, 2005; Scignaro et al., 2011; Seidl, Zannon, & Tróccoli, 2005; Symister & Friend, 2003).

É importante considerar que as doenças crônicas modificam-se no decorrer de sua evolução, apresentam certa instabilidade marcada por períodos de exacerbação ou remissão dos sintomas, e mesmo a percepção do próprio indivíduo pode se alterar ao longo deste processo, o que gera variações na forma de lidar com a situação e com o tratamento. Há interferência de diversos fatores pessoais, familiares e sociais que influenciam na representação da doença, o tipo de *coping* e a adesão ao regime terapêutico (Sousa, M. R. G. et al., 2011).

As fases iniciais e terminais das doenças crônicas parecem envolver maiores níveis de estresse e menor percepção de bem estar. O estresse, que é concomitante à doença crônica e a seu tratamento, pode ter poderosa influência sobre resultados médicos e psicológicos (Cukor, Cohen, et al., 2007). Na DRC, os pacientes vivenciam uma série de perdas e são expostos a inúmeras dificuldades, levando a uma vivência de estresse físico e emocional intensos, o que vem direcionando pesquisas sobre as formas de enfrentamento e de adaptação às mudanças ocasionadas pela DRC e seu tratamento. No início, a negação ou minimização do problema, consequentes do contato angustiante com o diagnóstico e as recomendações terapêuticas, pode parecer complexas e intrusivas, e a estratégia de *coping* pode se focar na emoção, não deixando de considerar que na escolha das estratégias adotadas e na adesão ao tratamento há uma influência dos fatores sociodemográficos (Maes et al., 1996; Sousa, M. R. G. et al., 2011).

P. R. Santos (2010) estudou a correlação entre estilo de *coping* e qualidade de vida (QV) entre 166 pacientes de baixa renda, submetidos à hemodiálise, no nordeste do Brasil. O *coping* orientado na emoção foi de 68 %, sendo essa estratégia mais utilizada por mulheres (69,3%), e se associou negativamente e independentemente às dimensões do QV de funcionamento físico, papel emocional, saúde mental e papel físico, e foi positivamente relacionado à saúde geral. Os resultados nos permitem entender que, apesar de alguns estudos objetivarem verificar qual o estilo de *coping* mais utilizado por pessoas submetidas à hemodiálise, os resultados ainda são contraditórios. Este estudo indica que pacientes com altos escores de *coping* focado na emoção parecem estar mais expostos a riscos de pobres resultados nas dimensões física e mental da QV. Outro estudo, realizado por Kaltsouda et al. (2011), investigou o estilo de *coping* defensivo (foco na emoção) e dimensões da QV relacionadas à saúde, através do instrumento 36-item *Short Form Health Survey - SF-36*, entre 98 pacientes de diferentes estágios da DRC: 79 pacientes em pré-diálise nos estágios 3 e 4 e

19 pacientes em diálise. Os resultados indicaram que os pacientes em diálise apresentam piores resultados na dimensão física do SF-36. A pontuação mais alta no estilo de *coping* defensivo foi significativamente associada com os escores mais baixos no componente saúde mental; embora apresentasse uma pontuação mais alta no componente de saúde física, a associação não foi significativa. O resultado desse estudo aponta a ausência de um efeito negativo do estilo de *coping* defensivo sobre o bem estar físico, mas demonstra que este tipo de enfrentamento tende a afetar os aspectos mentais da QV em pessoas com DRC. No que se refere a dimensão física, esse estudo encontrou resultados que diferem de outros estudos que encontraram evidências de uma interferência negativa desse estilo de *coping* sobre o bem estar físico em pessoas com DRC, principalmente entre pacientes que estão no estágio final da doença.

A adesão e ajustamento ao tratamento são potencializados quando o estilo de *coping* do paciente e o suporte social percebido e recebido são consistentes com as características contextuais ou demandas das intervenções. Um estilo de *coping* mais ativo exerce melhores influências sobre o tratamento e bem estar dos indivíduos que administram mais autonomamente seu tratamento, já o estilo mais passivo ou de evitação em lidar com o estresse se relaciona mais com o tratamento conduzido por uma equipe de saúde (Christensen & Ehlers, 2002).

Nos recursos pessoais, considerados relevantes ao processo de tratamento por promover estratégias de enfrentamento mais ajustadas, está o apoio social (Mongé & Almagiá, 2008). Para Burton et al. (1998), Christensen e Ehlers (2002), e Seidl, Zannon e Tróccoli (2005), o suporte social parece ser também um dos principais fatores psicossociais a impactar a adesão ao tratamento, auxiliando no equilíbrio emocional e na manutenção do funcionamento do indivíduo em uma situação de crise. No entanto, o papel do suporte social como moderador no ajustamento dos pacientes com doenças crônicas é ainda inconsistente nos achados de pesquisas, o que sugere que as diferenças individuais desempenham um papel importante (Hoth, Christensen, Ehlers, Raichle, & Lawton, 2007).

Um estudo longitudinal, realizado nos Estados Unidos por Hoth et al. (2007), investigou o suporte social, a afabilidade e os sintomas depressivos em uma amostra de 59 pacientes ambulatoriais, que recebiam tratamento para DRC, mas ainda não estavam em hemodiálise e não haviam se submetido ao transplante. Essa amostra era caracterizada por apresentar uma função renal moderadamente prejudicada e apresentavam sintomas depressivos num grau de severidade de leve a moderado. O objetivo da investigação era o de verificar se um melhor suporte social poderia estar associado à redução de sintomas

depressivos ao longo do tempo, entre pessoas com maior afabilidade, e se, ao contrário, teria menor efeito benéfico em indivíduos com baixa afabilidade. Os resultados indicaram que o efeito do suporte social na mudança dos sintomas depressivos foi significativo apenas para os indivíduos com pontuação mais alta em afabilidade, o que demonstra a influência de traços individuais no processo de percepção do suporte social, e que são importantes considerações para se pensar intervenções no campo.

Lin et al. (2012) avaliaram o efeito do suporte social e do estilo de *coping* em pacientes chineses, em diálise peritoneal ambulatorial com alta prevalência de depressão, os resultados apontaram que variáveis demográficas, suporte social reduzido e estilo de *coping* foram independentemente associados com a depressão. O baixo nível de suporte social foi independente e negativamente correlacionado com a depressão, incluindo suporte social objetivo e subjetivo e grau de utilização do suporte social. O estilo de *coping* focado na emoção (resignação na aceitação) foi independentemente associado com depressão. Os resultados sugerem que pacientes com depressão tendem a usar menos a estratégia de *coping* de confrontação e são mais resistentes em aceitar a doença e tendem a ser mais pessimistas. Yu e Petrini (2010), ao explorarem a QV em pacientes chineses em diálise, numa abordagem qualitativa, mostraram que pacientes em Hd experimentam uma instabilidade emocional e distress psicológico ou estresse negativo, sobrecarga financeira, inadequado conhecimento da doença e menor suporte social, o que influencia sua QV.

Kimmel (2000) destaca que o suporte social percebido e recebido está relacionado à adesão ao tratamento no contexto da doença renal, como o comparecimento a sessões de Hd, contribuindo para uma evolução positiva do paciente, mas também se relaciona às taxas de mortalidade. A hipótese é de que o suporte social pode atuar como um efeito *buffer*, prevenindo ou reduzindo os efeitos negativos em situações de estresse elevado. No entanto, os resultados não são conclusivos e mais estudos são necessários (Zimmermann et al., 2004).

Ao chamar a atenção para a depressão em pessoas com DRC, esses autores destacam que esta pode acarretar a redução da imunidade, o descuido nos cuidados pessoais, uma menor adesão ao tratamento e dietas, o aumento dos problemas financeiros, profissionais e familiares, e a exposição maior às comorbidades, com abuso ou dependência de álcool e outras drogas (Zimmermann et al., 2004). Há estudos que vêm sugerindo que o estresse associado a desvantagens sociais e/ou econômicas têm implicações para o desenvolvimento e progressão da DRC por meio da correlação com outros fatores psicossociais e comorbidades, como o álcool, tabaco e uso de drogas (Bruce et al., 2009)

Kimmel, Thaner, Richard e Ray (1998), numa revisão sobre aspectos psicossociais da DRC, apontam o consumo de álcool como um dos transtornos psiquiátricos presentes nestes pacientes: numa revisão de dados de hospitalização de renais crônicos, de uma clínica médica nos Estados Unidos, foram apontados a depressão/transtornos afetivos e síndromes orgânicas e demência como os mais prevalentes (26% cada), seguido de esquizofrenia e outras psicoses (22%) e abuso de álcool e outras drogas (15%). Em outro estudo, Cukor, Coplan et al. (2007) encontraram uma taxa de 19% de uso ativo e prejudicial de álcool em uma amostra de 70 pacientes em Hd em população urbana.

Pesquisas apontam que entre os fatores de risco que favorecem a recaída na dependência de álcool estão a pressão social, os conflitos interpessoais, os estados emocionais negativos, assim como a própria dependência psicológica e fisiológica do álcool. Os conflitos interpessoais são principalmente com a família, envolvendo brigas, separações, falta de apoio. Entre as razões para beber estão a busca por estados emocionais mais agradáveis, assim o consumo de álcool vem com o objetivo de alegrar-se, relaxar, esquecer preocupações e evitar estados emocionais desagradáveis (Álvarez, 2007). Em dependentes de álcool, há uma baixa autoestima que pode interferir na percepção do suporte social e na adoção de estratégias de *coping* mais adaptativas.

Peirce, Frone, Russell, Cooper e Mudar (2000), em um estudo longitudinal sobre contato com redes sociais, suporte social percebido, depressão e uso de álcool, numa amostra randomizada de 1.192 adultos, obtiveram os seguintes resultados: o suporte social percebido foi negativamente relacionado à depressão, embora não de forma consistente, e esta foi positivamente relacionada ao uso de álcool. O contato social foi negativamente relacionado ao uso de álcool. Os autores sugerem mais estudos em busca de resultados mais substanciais.

McCreary e Sadava (1998) examinaram a relação entre estresse, uso de álcool e problemas relacionados ao consumo de álcool, testando a possibilidade do suporte social e dos estilos de *coping* atuarem como moderadores nessas relações. Os resultados nesse estudo mostraram que o estresse não se relacionou significativamente ao uso de álcool e, sim, aos problemas relacionados ao consumo de álcool. Já os estilos de *coping* e o suporte social interagiram significativamente com alguns indicadores de estresse em algumas circunstâncias específicas, como o baixo nível de suporte social ou o uso de estratégias de *coping* de evitação.

Muitos estudos utilizam uma hipótese mais biologicista da tensão-redução, na qual a ingestão de álcool poderia reduzir os níveis de estresse ou tensão, quando as pessoas estão sob estresse, há uma probabilidade maior de ingerir álcool. No entanto, a literatura indica que a

associação estresse/uso de álcool não é linear e que não existem nos estudos evidências robustas que a confirmem. Assim, beber pode ser apenas uma entre várias respostas ao estresse e, da mesma forma, o estresse uma entre outras razões em consumir álcool (Krause, 1991; McCreary & Sadava, 1998).

É Krause (1991) que elabora uma hipótese alternativa à da tensão-redução, na qual o estresse pode ter um efeito contrário sobre as pessoas que bebem, assim, não causam o aumento e sim a redução do consumo. Contudo, a escolha em aumentar ou reduzir o consumo de álcool pode ser dependente da fonte de estresse; desta forma, por exemplo, estressores relacionados à uma condição de saúde podem reduzir o consumo de álcool, devido à exacerbação das condições existentes, como poderia levar ao início ou aumento do consumo, devido às dificuldades inerentes ao processo de tratamento. A disponibilidade de fontes de *coping* e seu estilo podem, talvez, atuar como moderadores entre estresse/consumo de álcool. Considerando o contexto e outras variáveis intervenientes, estressores diferentes parecem exercer diferentes associações com o uso de álcool, o que pode aproximar da hipótese tensão/redução para beber, ou, em outros casos, relacionar-se com a hipótese alternativa de redução do consumo de álcool.

Há algumas variáveis intervenientes a serem consideradas nessa relação, como o nível de controle pessoal percebido, o uso de estilos de *coping* adequados, a disponibilidade de álcool e as expectativas pessoais em relação ao uso de álcool (Rangé & Marlatt, 2008). Para Cooper et al. (citado por McCreary & Sadava, 1998), o suporte social pode também atuar como um moderador entre os níveis de estresse e consumo de álcool, de forma que pessoas com níveis de suporte social mais elevado tendam a experimentar menos estresse e se envolvam menos com álcool. Os estressores crônicos parecem expor as pessoas a riscos maiores para problemas relacionados ao uso/abuso de álcool, o que demonstra a necessidade de avaliar as estratégias de *coping*, suporte social e o padrão de uso de álcool em interface com a DRC, para propor e implementar intervenções psicológicas para pacientes em diferentes estágios da doença.

Segundo Zimmermann et al. (2004), alguns dos fatores que podem influenciar a evolução de pacientes com DRC são classificados em fixos ou aqueles que não se pode modificar (idade, comorbidades, gênero, raça) e variáveis que podem ser modificados, como os níveis de depressão, estilos de *coping* mais adequados, suporte social e a adoção de estilos de vida mais saudáveis, o que implica o uso ou abuso de álcool.

Sendo assim, é de grande relevância identificar os possíveis complicadores, especialmente os que se relacionam com o estilo de vida, como o uso do álcool, em busca de

esclarecimentos sobre os aspectos que possam ter relevância no tratamento e na prevenção da doença. Sabemos que a maioria das doenças crônicas resulta de uma interação de acontecimentos sociais, psicológicos e biológicos, e a compreensão dos mecanismos subjacentes a essa interação oferece muito no que se refere a esforços preventivos necessários para a mudança de crenças de saúde, atitudes e comportamentos. Destaca-se, também, a escassez de estudos brasileiros direcionados a essa temática, especialmente no que diz respeito a pacientes renais crônicos em fase pré-dialítica, pensando em estratégias de prevenção e promoção de saúde.

Desta forma, a hipótese deste estudo é que o uso de álcool é frequente em pacientes renais crônicos nos diferentes tipos de tratamento, e este se encontra associado ao suporte social percebido e as estratégias de enfrentamento.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a associação do uso de álcool com aspectos sociais e cognitivos relacionados à saúde mental de pacientes renais crônicos em diferentes estágios da doença.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar o padrão de consumo de álcool em pacientes com DRC;
- Identificar o perfil sociodemográfico e clínico da população estudada;
- Avaliar a associação do uso de álcool, através de estratégias de enfrentamento e suporte social, em pacientes com DRC;
- Identificar a associação do suporte social e das estratégias de enfrentamento nos diferentes tipos de tratamento (Conservador, Hd e Tx) da DRC.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Delineamento e Local de Estudo**

Estudo do tipo exploratório, quantitativo, associativo, de corte transversal. Os sujeitos da pesquisa foram pessoas portadoras de DRC que frequentavam o Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (Niepen-UFJF), o Centro de Tratamento de Doenças Renais (CTDR) e o Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário da UFJF (Unidade Dom Bosco), Juiz de Fora, Minas Gerais. Essas instituições são referências em DRC para as microrregiões de Juiz de Fora, Santos Dumont e de São João Nepomuceno, compostas por 37 municípios, com uma população em torno de 837.991 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, [IBGE], 2013).

O Niepen-UFJF faz parte do Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisas em Nefrologia (Imepen), que é uma Entidade de Direito Privado e detentora do título de entidade filantrópica. A assistência é prestada através dos ambulatórios do Imepen e do Centro Hiperdia. Atende ao Sistema Único de Saúde (SUS) e Convênios, além da parceria com o HU/UFJF. Acompanham pacientes do ambulatório de DRC nos estágios Conservador ou pré-dialíticos e no pré e pós Tx. Atende por mês, em média, 74 pacientes do ambulatório de Tx e 282 pacientes em tratamento conservador. A abordagem é interdisciplinar com a participação de profissionais e acadêmicos das áreas da Medicina, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Educação física, Farmácia, Odontologia e Nutrição.

O ambulatório de Nefrologia do HU/UFJF, Unidade Dom Bosco, é responsável pelas modalidades de tratamento de Hd e Conservador, atendendo aos pacientes do SUS e dos convênios. Além da referência aos municípios pertencentes as microrregiões já mencionadas, atende também pacientes dos municípios do Estado do Rio de Janeiro (Três Rios, Levy Gasparian e Paraíba do Sul). São atendidos por mês, em média, 73 pacientes em Hd, 35 pacientes de Diálise Peritonial e aproximadamente 170 pacientes/mês do tratamento

Conservador, variando de 10 a 15 pacientes por ambulatório. A abordagem é interdisciplinar, contando com professores, profissionais, acadêmicos e residentes das seguintes áreas: Nutrição, Psicologia, Assistência Social, Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Educação Física e Odontologia.

O CTDR tem ambulatório de triagem de pré e pós Tx, de diálise e tratamento Conservador. A abordagem é multiprofissional com a participação da Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Farmácia, Nutrição e Medicina. O mesmo presta assistência para pacientes do SUS e de outros convênios, contudo no Tx atende somente pacientes do SUS. O número de atendimentos por mês, em média, são 180 pacientes em Hd e 132 em tratamento conservador e, no Tx, atende cerca de 60 pacientes por mês.

### **3.2 Escolha da Metodologia**

Um método de estudo deve se relacionar com a natureza da questão investigada e com os objetivos do projeto. O procedimento deve ser sistemático, o percurso metodológico deve ser traçado de forma clara e objetiva para evitar vieses indesejados (Richardson, 1999). Os métodos científicos podem se dividir em duas distintas orientações epistemológicas: as abordagens qualitativas e abordagens quantitativas. Na abordagem qualitativa a ênfase recai sobre o caráter processual e reflexivo, valorizando a construção e a atribuição social de significados e a subjetividade. Já abordagem quantitativa compreende as relações complexas através da explicação ou entendimento das relações entre variáveis, assim, os fenômenos observados sob esta ótica são classificados quanto a sua frequência e distribuição. Há uma tendência atual de articulação das duas abordagens visando uma complementação de acordo com a questão de pesquisa a ser respondida (Günther, 2006). Na pesquisa quantitativa a utilização de modelos e análises padronizadas permite a comparação com outros estudos igualmente realizados para verificação de padrões dos fenômenos e possibilidade de generalização dos resultados para a população analisada (Flick, 2009).

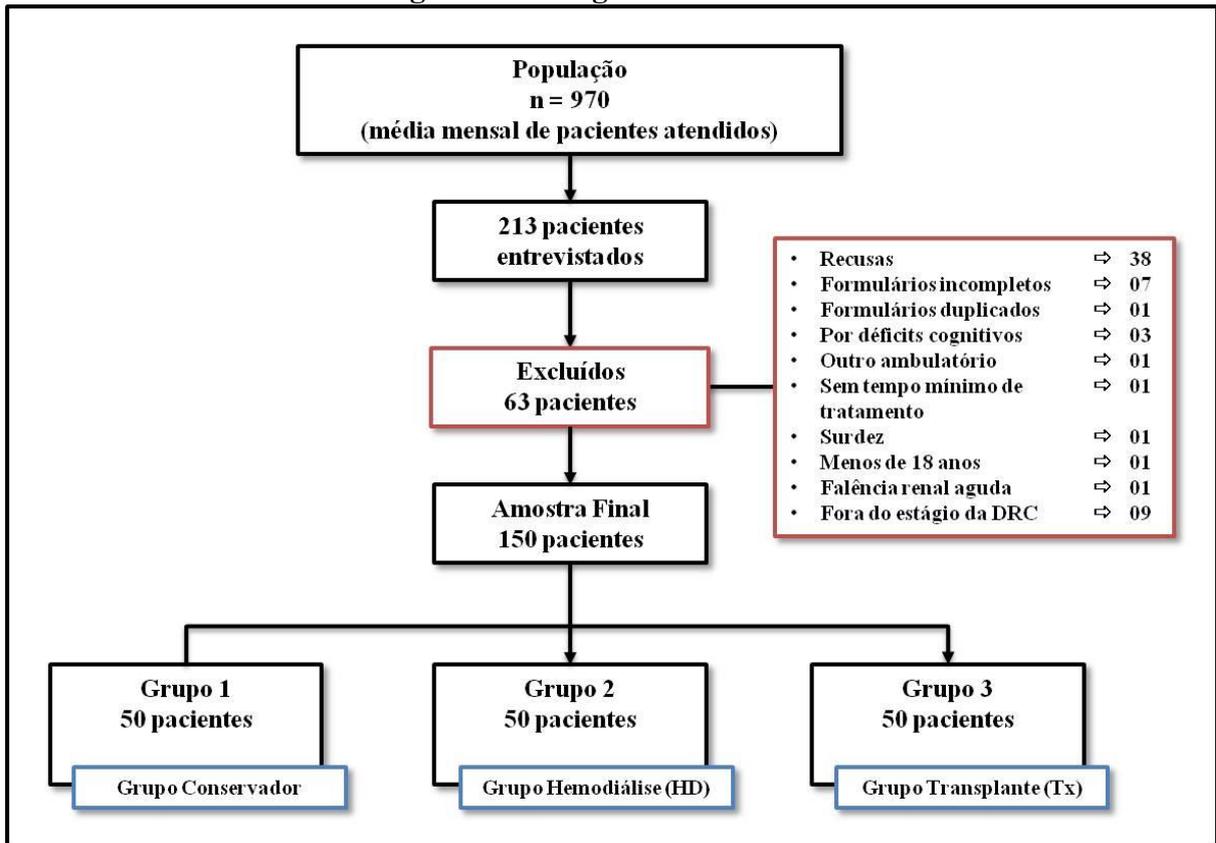
Para Baptista e Campos (2007), os procedimentos metodológicos quantitativos, desenhados como estudos experimentais, quase-experimentais e correlacionais, seguem esta orientação da padronização, como é o caso do estudo proposto. Esses desenhos metodológicos podem compartilhar algumas características com o controle de variáveis e a seleção randomizada da amostra, constituindo uma das principais vantagens dos estudos quantitativos (McGuigan, 1976).

Uma vez que a finalidade deste projeto é levantar a frequência e distribuição do consumo de álcool em pessoas com DRC e fazer a associação com o suporte social percebido e as estratégias de enfrentamento, numa abordagem primeiramente exploratória da questão nessa população, a escolha pelo método quantitativo parece mais adequada. O tipo de assunto abordado em contexto de tratamento e o uso de instrumentos padronizados para detectar problemas com o uso de álcool está sujeito aos vieses de sub relato e de desajustabilidade social nas respostas por parte dos entrevistados, além de limitar o aprofundamento de uma questão. Outra possível limitação do desenho escolhido, inclusive apontada na literatura sobre o tema, é o estudo do tipo transversal, que restringe a avaliação a uma forma mais concisa, prejudicando a apreensão do tema na perspectiva de um processo, além de não permitir o estabelecimento de relação causal. A amostragem por conveniência é outra limitação metodológica desse estudo, pois a amostragem aleatória, na perspectiva da abordagem quantitativa, agrega maior rigor e confiabilidade nos dados levantados. Todas essas implicações metodológicas precisam ser consideradas nas análises finais dos dados coletados.

### **3.3 Caracterização da Amostra**

- Os participantes foram pacientes inseridos nos tratamentos Conservador, Hd e Tx. Em uma média mensal de cerca de 970 pacientes atendidos pelos serviços, foram entrevistados 213 indivíduos, destes 63 foram excluídos do estudo por não se adequarem aos critérios de inclusão propostos, tais como recusar a participar da pesquisa (n=38), dados incompletos nos questionários (n = 7), duplicação (n = 1), déficits cognitivos (n = 3), pertencer a outro ambulatório (n = 1), falta de tempo mínimo de 6 meses de tratamento (n = 1), por surdez (n = 1), ter menos de 18 anos (n = 1), falência renal aguda (n = 1) e por estarem fora dos estágios da DRC (n = 9). A amostra final foi composta por 150 pacientes, sendo que todos estes atendiam aos seguintes critérios de elegibilidade para o estudo, se organizando da seguinte maneira: Grupo 1: 50 pacientes em tratamento Conservador (pré-diálise); Grupo 2: 50 pacientes submetidos à Hd; Grupo 3: 50 pacientes de Tx (Figura 1).

**Figura 1. Fluxograma da amostra**



A seleção de 50 pacientes para cada grupo não foi aleatoriamente definida por se tratar de uma população de difícil acesso.

### 3.3.1 Critérios de inclusão

Foram considerados critérios de elegibilidade para o estudo:

- Idade  $\geq 18$  anos e de ambos os sexos;
- Aceitação em participar da pesquisa;
- Possuir o diagnóstico clínico de doença renal crônica em fase pré-dialítica nos estágios III a V (Grupo 1);
  - Possuir insuficiência renal crônica em procedimento de diálise, com padrões bioquímicos de RFG  $< 15$  ml/min/1,73m<sup>2</sup> (Grupo 2);
  - Ser transplantado renal com mais de seis meses de cirurgia (Grupo 3).

### 3.3.2 Critérios de exclusão

- Recusa em participar do estudo;
- Apresentar aparente quadro cognitivo comprometedor (doença mental degenerativa)
- Apresentar aparente quadro mental confusional (quadros psicóticos orgânicos ou psíquicos).

### 3.4 Instrumentos

- *Questionário sociodemográfico e clínico* (Apêndice A): composto por questões fechadas contendo dados sociodemográficos (nome, telefone, data de nascimento, idade, sexo, cor da pele, renda, religião, escolaridade, estado civil, ocupação) e dados clínicos (estágio da doença ou modalidade de tratamento, uso de psicofármacos, uso de antidepressivos, uso de ansiolíticos, tempo de acompanhamento em meses e comorbidades físicas). Os prontuários foram acessados para confirmar informações sobre o estágio da doença e tempo de acompanhamento. Optou-se pelo uso do questionário estruturado com perguntas fechadas pela vantagem de apresentar um grupo uniforme de questões, permitindo uma padronização das respostas e possibilitando comparações entre os três grupos de estudo, apesar da desvantagem de não permitir o aprofundamento de questões que emergem no contexto da entrevista.

- *Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT* (Anexo A). Para identificar o padrão do consumo de álcool utilizou-se o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT), instrumento de triagem para identificar problemas relacionados ao uso de álcool, desenvolvido pela OMS (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2003) e adaptado no Brasil por Mendéz (1999), apresentando sensibilidade de 87,8% e especificidade de 81% para o uso nocivo de bebidas alcoólicas. É composto de 10 questões que avaliam o uso recente de álcool, problemas relacionados ao consumo de álcool e provável dependência. A pontuação total é obtida a partir da soma dos valores de cada resposta, que variam de 0 (zero) a 4 (quatro), sendo o valor máximo de 40 pontos. O ponto de corte do AUDIT para a população é 8, mas nesse estudo, com portadores de DRC, adotou-se o ponto de corte maior ou igual a 1, semelhante a outros estudos com populações cujo o consumo de álcool é desaconselhado (Silva, C. S. et al., 2010). O AUDIT pode ser utilizado em forma de entrevista ou ser autoaplicado, e suas questões correspondem aos principais critérios da CID-10, apresentando

três domínios: Uso de Risco de Álcool, Sintomas de Dependência e Uso Nocivo de Álcool. O domínio *Uso de Risco do Álcool* engloba as questões 1 [item que avalia a frequência do consumo de álcool numa escala de zero (nunca) a quatro (4 ou mais vezes por semana)], 2 [item que mede a quantidade num dia típico, que vai de zero (não bebo) a 4 (10 ou mais)]; 3 [item que avalia a frequência de beber pesado ou padrão binge, com as opções vão de zero (nunca) a quatro (Todos ou quase todos os dias)]. O domínio *Sintomas de Dependência* se refere às questões 4 [item que avalia as dificuldades de controlar o uso numa escala de zero (nunca) a quatro (Todos ou quase todos os dias)]; 5 [item que avalia o aumento da importância da bebida numa escala de zero (nunca) a quatro (Todos ou quase todos os dias)]; 6 [item que avalia o beber pela manhã, numa escala de zero (nunca) a quatro (Todos ou quase todos os dias)]. O domínio *Uso Nocivo de Álcool* engloba a questão 7 [item que avalia sentimento de culpa após o uso de álcool, numa escala de zero (nunca) a quatro (Todos ou quase todos os dias)]; 8 [item que avalia esquecimento após o uso, numa escala de zero (nunca) a quatro (Todos ou quase todos os dias)]; 9 [item que avalia lesões causadas pelo uso do álcool numa escala que vai do zero (Não), dois (Sim, mas não nos últimos 12 meses), quatro (Sim, nos últimos 12 meses)] e 10 [item que avalia preocupações de terceiros, numa escala que vai do zero (Não), dois (Sim, mas não nos últimos 12 meses), quatro (Sim, nos últimos 12 meses)]. A pontuação total é obtida a partir da soma dos valores de cada resposta, sendo o valor máximo 40 pontos. A classificação do nível de uso é dividida em quatro níveis ou zonas, conforme a pontuação alcançada, indicando também as possíveis intervenções: *zona I* (escores de 0-7) indica uso de baixo risco ou abstinência e a intervenção preconizada é de prevenção primária; *zona II* (escores de 8-15) indica usuários de risco, com a orientação básica como forma de intervenção; *zona III* (escores de 16-19) padrão de uso nocivo, sendo a intervenção breve e o monitoramento as formas de intervenções indicadas; *zona IV* (escores de 20-40) indica diagnóstico de dependência e encaminhamento para serviço especializado (Babor et al., 2003).

- *Inventário de estratégias de enfrentamento (IEE) de Folkman e Lazarus* (Anexo B). Adaptado para o português por Savóia, Santana e Mejias (1996), para avaliar as estratégias de *coping*, centralizando-se no processo de enfrentamento e não-enfrentamento. É uma escala de autorrelato, composta por 66 itens, do tipo *Likert*, com escores de 0 a 3, englobando pensamentos e ações utilizadas pelo indivíduo para lidar com as demandas internas e externas de um evento estressante específico, em que 0 = não usei essa estratégia; o 1 = usei um pouco; o 2 = usei bastante; o 3 = usei em grande quantidade. São oito categorias/ fatores de enfrentamento:

- *Confronto*: itens 47, 17, 40, 34, 07, 28;
- *Afastamento*: itens 41, 13, 44, 21, 06, 16, 10;
- *Autocontrole*: itens 15, 14, 43, 54, 35;
- *Suporte social*: itens 42, 45, 08, 31, 18, 22;
- *Aceitação de responsabilidades*: itens 51, 09, 52, 29, 48, 25, 62;
- *Fuga-esquiva*: itens 58, 59;
- *Resolução de problemas*: itens 49, 26, 46, 01;
- *Reavaliação positiva*: 38, 56, 60, 30, 39, 20, 36, 63, 23

Esses fatores foram agrupados em duas subescalas *enfrentamento focado na emoção* (distanciamento, autocontrole, aceitação de responsabilidades, reavaliação positiva e fuga-esquiva); *enfrentamento focado no problema* (confronto e resolução de problemas) e suporte social está presente nas duas (Folkman & Lazarus, 1988).

Na validação para o Brasil o instrumento obteve correlações entre os fatores e escore total de 0,424 a 0,688 ( $p < 0,001$ ), apresentando boa consistência interna; o teste-reteste entre os escores foi de 0,704, demonstrando precisão. A análise fatorial foi realizada com rotação oblíqua, os oito fatores explicam 70,8% da variância total (Savóia et al., 1996). A correção da escala se faz por meio dos escores médios dentro de cada fator, não apresentando uma pontuação total resultante da somatória.

Neste presente estudo, os oito fatores de enfrentamento foram avaliados da seguinte forma: *Fator 1 – Confronto* (o indivíduo acredita que tem que enfrentar os estressores, sem afastar-se ou evitar as situações estressantes); *Fator 2 – Afastamento* (há um afastamento dos possíveis ativadores de estresse no momento em que acontecem); *Fator 3 – Autocontrole* (a crença é a de que tem apenas que se autocontrolar para suportar as dificuldades impostas pela doença e tratamento); *Fator 4 – Suporte Social* (busca de auxílio externo, entre amigos, familiares, equipe de saúde); *Fator 5 – Aceitação de responsabilidades* (acredita que precisa aceitar que há uma doença e que precisa aderir ao tratamento); *Fator 6 – Fuga-esquiva* (há uma evitação de situações percebidas como estressantes no tratamento, recorrendo a vários tipos de comportamentos que amenizem a tensão); *Fator 7 – Resolução de Problemas* (tentativas de manejo das dificuldades da doença e do tratamento); *Fator 8 – Reavaliação Positiva* (avaliação do indivíduo quanto aos aspectos positivo da doença e do tratamento naquele momento). Na questão reflexiva adotada neste estudo, o enunciado para o indivíduo dizia para considerar o que ele fez em ‘situações nas quais considerava difíceis e estressantes em relação a doença renal crônica e ao tratamento’. Esse instrumento não é específico para manejo da DRC e avalia as estratégias de enfrentamento em qualquer situação. Foi escolhido

por apresentar critérios de boa aceitabilidade em sua construção e validação e pelo uso em populações variadas, inclusive com pacientes brasileiros em tratamento de HD (Bertolin, 2007) e com dependência a outras substâncias (Araújo, R. B. et al., 2010).

- *Escala de percepção de suporte social – EPSS* (Anexo C): construída e validada para a população brasileira por Siqueira (2008), possui 29 itens que abordam as dimensões de suporte prático e de suporte emocional, numa escala de um a quatro pontos para as respostas (1 = nunca; 2 = poucas vezes; 3 = muitas vezes; 4 = sempre), com as quais os participantes informaram a frequência com que percebiam a possibilidade de contar com o apoio de alguém. As propriedades psicométricas demonstram que os dois fatores encontrados são precisos e consistentes e explicam 47,33% da variância total. O fator 1 (suporte prático), com natureza instrumental e informacional, tem 19 itens ( $\alpha = 0,91$ ), que são: 1, 2, 3, 5, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 27, 28 e 29. O fator 2 (suporte emocional) possui 10 itens ( $\alpha = 0,92$ ) que são: 4, 6, 7, 9, 10, 14, 17, 20, 24 e 26. A correlação entre ambos os fatores é de  $r = 0,75$  e as cargas fatoriais dos 29 itens são superiores a 0,35, positiva ou negativa. Para obter os escores médios dos fatores da EPSS (suporte emocional e suporte prático), somam-se os valores da escala assinalados pelos respondentes. Para suporte emocional, somam-se os valores dos 10 itens deste fator e, para obter o escore de suporte prático, somam-se os valores dos 19 itens e divide-se, respectivamente, por 10 e 19. É um instrumento confiável para ser utilizado em pesquisas e/ou diagnóstico, avaliando a percepção do indivíduo em suas relações mais amplas.

### 3.5 Procedimentos

Em 2012 foram realizados contatos com o Niepen para obter permissão para realização da pesquisa nos ambulatórios de tratamento conservador e de transplante renal (Termo de Concordância no Anexo D e E) e com o ambulatório de Nefrologia do HU/UFJF (Unidade dom Bosco) para o tratamento de Hd (Anexo F). Posteriormente, em 2013, foi realizado contato com o CTDR para expansão da coleta de dados nessa instituição nos grupos de tratamento estudados (Anexo G).

Um estudo-piloto foi realizado para testar e ajustar os instrumentos escolhidos em 2012 no Niepen. O roteiro de entrevista estruturada passou por algumas pequenas modificações: o acréscimo de telefones de contato, no campo *Situação ocupacional* acrescentou-se as opções de respostas *estudante e desempregado* e *Outro. Qual?*, no campo *Renda pessoal* acrescentou-se *não tem renda* e no campo *Uso de psicofármacos – Outros*

adicionou-se o complemento *Especificar*. Os pacientes do estudo piloto foram incluídos no estudo, uma vez que não houve alterações que comprometessem os resultados da pesquisa.

O período de coleta foi de abril a setembro de 2013, nos dias das consultas ou em sessões de Hd, na forma de entrevista, com duração em torno de 40 minutos a 1 hora. Todos os pacientes presentes nestas ocasiões eram convidados a participar até atingir o número final de participantes. Os pacientes foram entrevistados individualmente após a consulta com o médico e com a enfermagem ou durante as sessões de HD, sendo primeiramente convidados a participarem da pesquisa e, mediante a aceitação, eram informados sobre os objetivos do estudo e seus benefícios e, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sobre a implicação de riscos mínimos à integridade em participar da pesquisa, assinados em duas vias.

### 3.6 Análise dos Dados

Os dados foram inseridos em um banco de dados utilizando o *software Statistical Package for Social Science (SPSS for Windows)* versão 15.0 com o objetivo de caracterizar o conjunto de registros estudados. Após a construção deste banco de dados, as variáveis sociodemográficas e clínicas foram organizadas em variáveis categóricas (sexo, cor, religião, estado civil, renda, ocupação, escolaridade, comorbidades, uso de psicofármacos, uso de ansiolíticos e uso de antidepressivos) e variáveis quantitativas/contínuas (idade e tempo de acompanhamento). Algumas variáveis foram agrupadas para facilitar a interpretação: idade em anos para faixas de idade (de 18 a 40 anos; de 41 a 65 anos;  $\geq 66$  anos), faixas de escolaridade (analfabeto; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio completo e incompleto; ensino superior ou mais), religião (não tem religião; católica; evangélica/protestante; outras) e renda (não tem renda; 1 salário mínimo ou menos; maior que 1 salário mínimo até 6 salários mínimos; mais de 6 salários mínimos).

Empregou-se estatísticas descritivas para as variáveis sociodemográficas, dados clínicos dos pacientes, assim como para o padrão de uso de álcool. O uso de risco de álcool foi avaliado pelas respostas ao AUDIT na questão 1, através das categorias *nunca, menos que uma vez ao mês, mensalmente, semanalmente e todos ou quase todos os dias*. Adotou-se a classificação  $\geq 1$  para diferenciar quem *bebeu* ou *não bebeu* nos últimos doze meses que antecederam a entrevista.

No primeiro artigo utilizou-se o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), de Pearson, para avaliar a existência de associação estatisticamente significativa entre variáveis categóricas; a correção

do teste exato de Fisher foi utilizada quando necessária. Considerou-se as especificidades do consumo de álcool a partir da variável sexo, que tipicamente difere os grupos em relação ao consumo de álcool (Fonseca et al., 2010; Laranjeira et al., 2010), e grupos de tratamento para DRC. Foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Sminov* para verificação da distribuição da variáveis contínuas referentes às escalas adotadas, sendo que no caso do presente estudo, nenhuma apresentou distribuição normal. Para comparar os escores do AUDIT entre sexo, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney e, para comparar os escores entre os grupos de tratamento, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis.

Para o segundo artigo foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Sminov* para verificação da distribuição da variáveis contínuas referentes às escalas adotadas, sendo que no caso do presente estudo, nenhuma apresentou distribuição normal. A variável de análise adotada para compor grupos de comparação foi a classificação (bebeu e não bebeu) de consumo de risco de álcool. A partir destes grupos foram comparados os escores das sub-escalas da EPSS e da IEE através do teste de Mann-Witney (U) para duas amostras independentes.

Em todos os testes, adotou-se o nível de significância de  $p < 0,05$ , para rejeição das hipóteses nulas que afirmavam a não existência de associação ou relacionamento estatisticamente significativo entre os grupos formados.

### **3.7 Implicações Éticas**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, conforme a Resolução 196/96, com CAAE nº 02774113.0.0000.5147 (Anexo H).

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), foi esclarecido o aspecto do risco mínimo à integridade do participante, considerando que o estudo não envolveu nenhum dano físico, psíquico e moral, assim como nenhum ônus ou ganho financeiro, e garantiu o tratamento de todas as informações sob caráter absolutamente confidencial, de forma que não interferiu no tratamento nas instituições pesquisadas. Foi garantido aos participantes o direito à sua autonomia quanto a retirada do estudo no momento em que ele assim optasse. A questão da devolução para os sujeitos ficou também acordada, de forma a prestar esclarecimentos a qualquer momento da pesquisa. A aplicabilidade social dos resultados podem ocorrer a partir de proposições futuras na abordagem do problema.

Os questionários da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador conforme o período exigido de 5 anos e de forma a garantir a manutenção do sigilo, e os dados obtidos

serão utilizados como parte de informações conjuntas para pensar intervenções para a população pesquisada e para divulgação em revistas científicas.

## 4 RESULTADOS

Parte do resultado será apresentada em forma de dois artigos. No artigo intitulado *Avaliação dos Padrões de Uso de Álcool em Pacientes com Doença Renal Crônica*, encontram-se os principais resultados referentes aos padrões de consumo de álcool em pacientes com DRC, nos grupos de tratamento Conservador, Hd e Tx. O artigo foi submetido ao periódico *Revista Brasileira de Epidemiologia* e se apresenta conforme as orientações para autores fornecida pela mesma (Anexo I). O artigo, intitulado *Consumo de Álcool, Suporte Social e Estratégias de Enfrentamento em Pacientes com Doença Renal Crônica*, apresenta dados sobre as associações entre uso de álcool, suporte social e estratégias de enfrentamento em pacientes inseridos nos tratamentos (Conservador, Hd e Tx) para DRC. Este segundo artigo será submetido oportunamente.

Outros dados complementares encontram-se nas Tabelas 1 e 2 apresentadas no Apêndice C. A Tabela 1 apresenta dados do perfil clínico dos pacientes com DRC, de acordo com os diferentes tratamentos (Conservador, Hd e Tx) da doença. A Tabela 2 apresenta resultados da relação da EPSS e do IEE, de acordo com grupos de tratamento da DRC. Esses dados serão utilizados num terceiro artigo para ser publicado futuramente.

## 5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a associação do uso de álcool com suporte social e estratégias de enfrentamento em pacientes com DRC em suas diferentes modalidades de tratamento. A discussão aqui proposta traz de forma mais detalhada os resultados encontrados e discutidos nos artigos, apresentando também dados adicionais que caracterizaram a pesquisa, como o perfil clínico dos pacientes e a associação do suporte social e das estratégias de enfrentamento com os diferentes tipos de tratamento (Conservador, Hd e Tx) para DRC.

Alguns dos resultados que caracterizam a amostra demonstram um pequeno retrato das pessoas inseridas em tratamento para DRC no município de Juiz de Fora/MG. O predomínio do gênero masculino foi semelhante a outros estudos na área, como os de Gricio et al. (2009), que encontraram uma taxa de 60% de homens em tratamento conservador, P. R. Santos (2005), que encontrou 58,9 % de homens num estudo em pacientes com Hd, e Brito (2012), cuja predominância foi de indivíduos do sexo masculino (62%) em pacientes transplantados. Os estudos corroboram também os dados do Censo de Diálise de 2012 (SBN, 2012), que apontou um percentual de 57,7% de indivíduos do sexo masculino em diálise no Brasil no ano de 2012. Pesquisas indicam que no Brasil a taxa de prevalência e de incidência de pessoas em tratamento para DRC é mais representativa entre pessoas do sexo masculino (Gricio et al., 2009; Lehmkuh, Maia & Machado, 2009; Peres et al., 2010; Siviero, Machado & Rodrigues, 2013). Na comparação entre grupos de tratamento, no grupo Tx e Hd predominaram pessoas do sexo masculino, enquanto, no grupo Conservador, houve maior concentração de pessoas do sexo feminino. Os resultados são compatíveis com os de Pacheco, Santos & Bregman (2006), que encontraram 58,82% de pacientes do sexo feminino em tratamento conservador, e de R. M. R. Bastos, M. G. Bastos, Ribeiro, R. V. Bastos e Teixeira (2009) que, pesquisando a prevalência da DRC nos estágios 3, 4 e 5 no município de Juiz de Fora/MG, encontraram também maior representatividade do sexo feminino (59,6%), apesar de não ser um estudo de representação populacional. Esses dados sugerem uma maior presença

de pessoas do sexo feminino em tratamento pré-dialítico, mas é um dado que precisa de mais investigações uma vez que a literatura aponta maior prevalência de DRC entre pessoas do sexo masculino, podendo ser também resultante de erro amostral. Contudo, há estudos que demonstram diferenças entre sexos na percepção e procura pelos serviços de saúde (Araújo. A. M., Mendonça, Rodrigues, & Torres, 2012), apontando que pessoas do sexo feminino procuram mais por serviços de saúde.

A cor da pele autodeclarada branca teve maior percentual no presente estudo, resultados próximos aos encontrados por P. R. Santos, em 2005 (41,1%), e aos de Gricio et al. (2009) que encontraram 50%, sugerindo que a DRC está mais presente em pessoas da cor de pele branca nestes estudos. Quanto à idade, os resultados dessa pesquisa apontaram uma média de 53,59 anos, semelhante ao de Bertolin (2007) ( $51,1 \pm 14,3$ ), e ao de Peres et al. (2010) ( $47,0 \pm 16,2$ ). A faixa etária mais prevalente (41 a 65 anos) confirmou os dados apontados pelo Censo de Diálise de 2012 (SBN, 2012) de uma maior concentração de pessoas adultas e idosas em tratamentos dialíticos, atingindo um índice de 63,6% na faixa compreendida entre 19 e 64 anos e 31,9% acima dos 65 anos. Diversos estudos vêm apontando o fator idade como um risco para o desenvolvimento da DRC devido a redução da TFG e lesões decorrentes do envelhecimento, além da maior incidência de doenças crônicas nessa faixa etária (Bastos, M. G. et al., 2010). A rápida mudança no perfil demográfico no Brasil nos últimos anos aponta para o envelhecimento da população como uma de suas principais características, sendo este um fator de risco bem conhecido para o desenvolvimento ou agravamento da DRC (Bastos, R. M. R, et al., 2009; Siviero et al., 2013). Quanto a faixa de idade entre os grupos, a média de idade foi maior no grupo Conservador, enquanto o grupo Tx apresentou a menor média, próximo aos índices de D'Angeles (2009), que encontrou uma média de idade de 38 anos em transplantados renais que frequentavam um ambulatório de hospital público. Esses dados confirmam informações presentes na literatura sobre condições de acesso ao transplante renal no Brasil, em que pessoas mais jovens têm maior probabilidade de acesso a essa modalidade de tratamento do que pessoas com mais de 60 anos, portadoras de doenças crônicas como DM e/ou HA e com altas taxas de hospitalização (D'Angeles, 2009; Machado et al., 2011).

A religião católica predominou, seguida da evangélica/protestante, dados próximos aos da pesquisa de Valcanti, Chaves e Mesquita. (2012), em que 84% eram católicos e 15% evangélicos. Esses resultados corroboram dados da literatura sobre o interesse cada vez maior pelas crenças religiosas, entendida como parte da espiritualidade no campo da saúde, em

virtude de sua possível associação a sentimentos como esperança e ressignificação da vida, devendo ser esses eventos considerados na prática clínica dos profissionais de saúde.

O estado civil casado ou amigado foi mais frequente, semelhante a estudos como os de Valcanti et al. (2012), que encontraram 60% de pacientes que possuíam um esposo (a) ou companheiro(a), e Bertolin (2007), cujo percentual foi de 59,8% para a condição casado e 3,7% para união estável. O apoio familiar é visto na literatura como um provável aspecto positivo para o paciente com DRC, devido as constantes exigências de um tratamento severo e prolongado (Gricio et al., 2009), mas há também relatos de que o declínio no grau de satisfação com o casamento pode estar relacionado a resultados ruins de saúde, e uma das explicações está na possibilidade de troca de papéis dentro do casamento na presença de um problema crônico de saúde, uma vez que é bastante comum a redução ou perda de vínculos com o trabalho ou outras atividades desenvolvidas antes do surgimento da doença e impacto na vida social, gerando sentimentos de hostilidade ou depressão no cuidador (Cukor, Cohen et al., 2007). Dados de várias pesquisas revelam uma taxa elevada da perda do vínculo laborativo ou ocupacional de pessoas acometidas pela DRC, como a de P. R. Santos (2005) que encontrou um percentual de 85% de indivíduos que não trabalhavam em contraposição a 15% que trabalhavam. Em nosso estudo houve um percentual elevado de pacientes aposentados por invalidez, enquanto um percentual reduzido relataram manter atividades de trabalho ou de estudo. Esses problemas ocupacionais podem ser abordados por ângulos diferentes, a desocupação pode ser em decorrência das condições físicas e psicológicas geradas pela DRC ou pode ser também oriunda das várias horas do dia/semana para fins de tratamento ou das constantes hospitalizações e afastamentos para tratamento de saúde (Almeida & Meleiro, 2000; Levy, 2008; Oliveira et al., 2008).

Segundo Palmeira (2009) há uma dimensão política que faz parte das representações sociais acerca das enfermidades crônicas, que se refere a impossibilidade da cura e da recuperação plena da vida anterior à doença, e que leva o indivíduo a sentir-se ou ser visto como alguém que atrapalha a dinâmica social normal. Com o fortalecimento do individualismo e da cultura do narcisismo o corpo ganha evidência, de forma intensa, nas preocupações da vida cotidiana, em vários âmbitos, nas sociedades contemporâneas ocidentais. Sentimentos de dependência e imobilidade assolam o sujeito incapacitado para o trabalho, e sentir-se um “peso” para as pessoas que convive tanto no âmbito familiar quanto no local de tratamento passa a ser comum. Há uma preocupação acentuada com o corpo que perpassa as relações na sociedade contemporânea. Esses sentimentos acabam por integrar-se à identidade do indivíduo com condições crônicas de saúde, pois não é incomum a pessoa ser

vista socialmente como inútil para várias atividades (Palmeira, 2009), além das dificuldades socialmente impostas para esses indivíduos pelo não enquadramento aos padrões físicos e estéticos eleitos pela sociedade atual.

A baixa escolaridade foi mais prevalente nessa amostra, contrapondo-se a um percentual reduzido de pacientes com curso superior completo ou incompleto ou pós-graduação. Esses resultados são compatíveis com os de outras pesquisas, como a de P. R. Santos (2005) que encontrou 67,3% de pacientes com tempo de escolaridade menor que quatro anos. Comparando nossos resultados com os de outras pesquisas nessa população observamos um baixo poder aquisitivo e baixo nível de escolaridade. O grupo Conservador é o que apresentou maior frequência de aposentadoria por tempo de serviço e o menor nível de escolaridade, enquanto o grupo Tx é o que apresentou mais pessoas com vínculos de trabalho ou estudiantil, além da escolaridade mais elevada.

Entre as principais comorbidades encontradas nos três grupos, a HA foi a mais expressiva, semelhante aos resultados de Gricio et al. (2009) que encontraram uma taxa de 85%. A HA é causa bem conhecida para o desenvolvimento e/ou progressão da DRC e o principal mecanismo envolvido se relaciona com a perda gradativa da capacidade renal de excreção de sódio, implicando também outros mecanismos fisiológicos. A HA precisa ser controlada para evitar a rápida progressão da DRC e a abordagem para seu controle exige modificações dietéticas e no estilo de vida, o que implica a redução do consumo de álcool e cessação do tabagismo (Bortolotto, 2008; Siviero et al., 2013). A taxa de DM observada foi a segunda mais elevada entre as comorbidades encontradas neste estudo, no entanto, foi menor que a de outros estudos nessa área: Gricio et al., (2009) encontraram 40% e Lehmkuh et al. (2009) encontraram 52,9%. A taxa elevada dessas doenças, no presente estudo, corroboram os apontamentos da literatura sobre o papel dessas comorbidades nas DRC, pois são patologias crônicas que podem levar ao desenvolvimento ou serem consequências da DRC (Bastos, R. M. R., Bastos, M. G, & Teixeira, 2007; Canadian Society of Nephrology, 2008; Romão, 2004; Tsai et al., 2010), e se relacionam com o envelhecimento da população e com os hábitos alimentares ruins (Takamatsu et al., 2009). Alguns estudos apontam a HA como a principal doença de base e o DM como a segunda condição mais associada a DRC no Brasil (Sesso et al., 2012; Siviero et al., 2013). A DRC é preditora de eventos cardiovasculares (Takamatsu et al., 2009), que são a principal causa de mortes no Brasil (Schmidt et al., 2011) e na população de renais crônicos, principalmente na presença de outras comorbidades como a HA. A proteinúria, um dos marcadores biológicos da DRC, é um dos principais causadores de problemas cardiovasculares (Bastos, M. G. & Kirsztajn, 2011). As doenças coronarianas

apresentaram o terceiro percentual mais elevado de comorbidades neste estudo, percentual próximo ao encontrado por Gricio et al. (2009), cuja soma de insuficiência cardíaca e infarto do miocárdio chegou a 20%. O tabagismo também apresentou índices elevados nessa amostra, índice menor que o de Tsai et al. (2010), cujo percentual foi de 28,2% em pessoas com DRC. O tabaco leva ao desenvolvimento de DRC e contribui para sua rápida progressão para o estágio final da doença pelo efeito vasoconstritor e tromboembólico, o que contribui para aumentar os riscos para eventos cardiovasculares (Bastos, M. G. & Kirsztajn, 2011; Bastos, M. G. et al., 2004; Canadian Society of Nephrology, 2008). Em relação ao tempo de tratamento, dados encontrados foram próximos aos de Gricio et al. (2009) que encontraram uma média de 5,3 anos de pessoas em tratamento conservador e a de P. R. Santos (2005) com taxa de acompanhamento de  $47,4 \pm 43,8$  em tratamento de HD. O tempo de tratamento pode impactar mais alguns grupos de tratamento que outros, o agravamento das comorbidades pode influenciar a sobrevivência dos pacientes submetidos a tratamentos mais invasivos, como o de Hd (Lanza, Chaves, Garcia & Brandão, 2008).

O grupo Conservador usou mais psicotrópicos, inclusive mais antidepressivos, enquanto o Tx usou menos. O Conservador apresentou nesse estudo a maior média de idade e o uso expressivo de antidepressivos pode ser indicativo de algum grau de depressão. A depressão é apontada na literatura muito associada ao processo de envelhecimento, ao declínio funcional e outras perdas, fatores muito característicos dessa fase da vida (Zimmermann et al., 2004). Os estudos em populações de DRC em relação a depressão são realizados, em sua maioria, com pessoas em tratamento de Hd (Diefenthaler et al., 2008; Hedayati et al., 2010; Lopes et al., 2002; Oliveira et al., 2008; Riezebos et al., 2010) e no presente estudo o uso de antidepressivos nesse grupo foi também elevado, sugerindo a presença de prováveis sintomas depressivos. A depressão é associada em alguns estudos à maiores taxas de mortalidade e morbidade nesse grupo, por influenciar os resultados médicos e por modificar respostas imunológicas ao estresse, o estado nutricional e a adesão ao tratamento e dietas (Almeida & Meleiro, 2000; Cukor, Cohen et al., 2007; Diefenthaler et al., 2008). Há também uma maior possibilidade do abuso ou dependência de álcool e outras drogas como comorbidades na presença de depressão (Levenson & Glochesky, 1991; Zimmermann et al., 2004), o que pode levar ao abandono da diálise e a ideação suicida (Cukor, Cohen et al., 2007).

Segundo Bertolli Filho (2012), o medo associado às condições crônicas de saúde se configura sempre como o medo da morte e da insegurança, refletindo uma ampliação das possibilidades da morte iminente. A severidade da doença e do tratamento geram sentimentos

de medo, que segundo Moraes (2012), sendo real ou imaginário é gerador de motivações e sentidos, tornando as relações e representações ameaças constantes. Dessa forma, tanto o medo quanto a doença cumprem um papel paralisante e desestruturador dos diferentes sentidos e formas de existência, se fazendo presente nos relacionamentos, nas expectativas, nas crenças e desejos, afetando o cotidiano das pessoas. Uma forma de produção gerada a partir de uma relação que se estabelece entre indivíduos, coletivos e sistemas de crenças, presença constante na cultura ocidental e no campo simbólico. Assim, a doença e o medo construído em torno dela transformam-se em reguladores e orientadores de comportamentos e expectativas, uma construção social que adquire caráter de efeitos individuais (Moraes, 2012). Dentre os efeitos individuais, problemas psicossociais como a depressão, a ansiedade e o uso de substâncias tornam-se comuns.

O uso de ansiolíticos predominou no grupo HD, sugerindo um nível de ansiedade elevado, próximo ao de Oliveira et al. (2008) que encontraram maiores índices de ansiedade em pacientes de HD (47%) que os de Cukor et al. (2008), 33%. Uma provável explicação desse maior percentual de uso de ansiolíticos no grupo HD, em concordância com as observações de Oliveira et al. (2008), pode ser pelos procedimentos envolvidos e pela frequência maior a centros de tratamento. Cukor, Cohen et al. (2007) indicam que a ansiedade é pouco estudada em populações de DRC.

Os aspectos emocionais não devem ser negligenciados nesta população, pois fatores demográficos como idade, raça, gênero não podem ser modificados, no entanto, fatores emocionais de risco podem, como depressão e ansiedade (Zimmermann et al., 2004). No conjunto, apesar dos grupos de tratamento apresentarem entre si diferenças em algumas variáveis sociodemográficas e clínicas, quando comparados com outros estudos com pacientes em tratamentos diferentes para DRC, percebe-se que o perfil não difere significativamente da literatura da área.

Quanto à percepção de suporte social, esta diferenciou-se entre os grupo de tratamento de forma significativa neste estudo, sendo maior nos grupos Hd e Conservador e menor no grupo Tx, tanto na dimensão do suporte emocional quanto no suporte prático. Como o tratamento do Hd é o que se caracteriza por maior frequência no contato com a equipe de saúde e há uma necessidade maior de auxílio de familiares ou amigos, devido as sessões semanais de diálise e seus efeitos colaterais, esses fatores talvez possam explicar a percepção mais elevada de suporte social nesse grupo, realçando também uma maior necessidade desse tipo de suporte em pessoas em condições mais vulneráveis de saúde. Ye et al. (2008) encontraram correlações significativas entre o grau de suporte social prático e a

redução no nível de ansiedade e depressão em pacientes chineses em diálise. Por outro lado, hipotetiza-se também que, à medida que a necessidade de frequência aos centros de tratamentos diminui ou o senso de autocontrole sobre as condições de saúde aumenta, há uma redução da percepção do suporte social, o que poderia justificar a menor percepção no grupo de tratamento Tx. Christensen, Turner, Slaughter e Holman (1989), estudando suporte social em pacientes transplantados renais, encontraram que entre os pacientes que experimentavam relativamente menos prejuízos relacionados à sua condição de saúde não houve também um efeito significativo do suporte familiar nesse grupo.

Todavia, a literatura aponta para um papel amortecedor do suporte social sobre os efeitos do estresse ou sua influência sobre um melhor ajustamento psicológico dos pacientes aos desafios do tratamento, inclusive melhorando sua QV (Rambod & Rafii, 2010; Yu & Petrini, 2010), principalmente em pacientes em diálise, em que o suporte social pode ser utilizado como estratégia de *coping* (Christensen & Ehlers, 2002). Esses apontamentos foram corroborados, em parte, no presente estudo através dos resultados encontrados nos grupos de tratamento. Alguns estudos mostram que há a influência de algumas características pessoais, como autoestima (Symister & Friend, 2003), afabilidade (Hoth et al., 2007), entre outras, que podem atuar como mediadores entre a percepção de suporte social e resultados de saúde, o que poderia justificar a falta de associação entre as dimensões do suporte social e o uso de álcool nesse estudo.

Em relação as estratégias de enfrentamento, a estratégia *afastamento* diferiu significativamente entre os grupos de tratamento, sendo o grupo Hd o que mais adotou essa estratégia e o Tx o grupo que menos se utilizou dela. Essa estratégia é centrada na emoção e visa a regulação emocional diante de eventos percebidos como muito estressantes, na qual o indivíduo emprega esforços para se distanciar dessas situações. A literatura aponta que quando um indivíduo está diante de uma situação e esta é avaliada como difícil de ser modificada, torna-se mais comum a adoção de estratégias focadas na emoção (Ravagnani et al., 2007; Sousa, M. R. G. et al., 2011). Yeh & Chou (2007), pesquisando estressores e estratégias de *coping* em pacientes em Hd, encontraram uma maior tendência ao uso de estratégias ou orientadas na emoção, ou envolvendo evitação ou pensamentos isolados, como forma de enfrentamento aos estressores relacionados às atividades diárias. P. R. Santos (2010), pesquisando estilo de *coping* em pacientes em tratamento de Hd no nordeste do Brasil, encontrou o uso de estratégias centradas na emoção, associadas independente e negativamente com risco de pobres resultados na QV, nas dimensões física e mental. Esse afastamento ou desligamento do problema, estratégia também encontrada por Retana et al. (2009), em maior

uso entre pacientes que faziam Hd hospitalar na Espanha, pode ser adaptativo em alguns momentos, quando envolve atividades relacionadas ao trabalho ou lazer. Contudo, pode ter um efeito prejudicial se esse afastamento envolver atitudes de negação do problema ou abandono de atividades do tratamento, interferindo na adesão e configurando-se como um fator de risco para a saúde mental e física desses pacientes. Todavia, Harwood, Wilson, Locking-Cusolito, Sontrop e Spittal, (2009) encontraram resultados diferentes, em que pacientes em Hd utilizavam com maior frequência de estratégias de *coping* confrontativo e procura por suporte social, utilizando em menor quantidade de estratégias centradas na emoção. No entanto, observaram que a medida que a intensidade e a frequência dos estressores fisiológicos, psicológicos e logísticos aumentavam, era maior também a propensão ao uso de estratégias focadas na emoção. Nesse mesmo estudo, comparando pacientes em Hd com outro grupo de pacientes que não estavam em diálise, o grupo Hd utilizou-se mais das estratégias confrontativas e paliativas em relação a esse outro grupo, que usaram mais de estratégias de *coping* focadas na emoção. Os autores apontaram que o uso de estratégias centradas na emoção pelo grupo da pré-diálise pode ter sido em função da insegurança mediante a possibilidade do tratamento futuro de Hd, o que pode justificar os resultados encontrados no presente estudo, no qual o grupo Conservador também utilizou-se bastante da estratégia *afastamento* e outras centradas na emoção. Como apontam Neves e Gir (2006), a percepção da severidade de uma doença se relaciona ao estímulo emocional atribuído pelo pensamento sobre um problema de saúde e as consequências que a pessoa julga que estarão implicadas em decorrência do problema. Este aspecto reforça o uso de algumas estratégias de enfrentamento e o caráter de aprendizado que deve ser contemplado nas ações preventivas na área das condições crônicas de saúde.

Alguns resultados do presente estudo sugeriram diferenças significativas entre os grupos, numa amostra maior, para as estratégias *fuga-esquiva* e *resolução de problemas*. O grupo Hd utilizou-se mais de estratégias *fuga-esquiva* e o Conservador menos. Ravagnani et al. (2007) encontraram em pacientes de Tx um menor uso da estratégia *fuga-esquiva* e Bertolin (2007) encontrou as estratégias *fuga-esquiva* e *resolução de problemas* entre as estratégias mais utilizadas por pacientes em Hd. Brito (2012), pesquisando pacientes transplantados renais, apontou o uso prevalente de estratégias focadas na emoção, no pensamento fantasioso e religioso, sendo estes relacionados significativamente a não adesão ao tratamento imunossupressivo. Estas são estratégias paliativas e evasivas que podem ser comparadas, em parte, com a *fuga-esquiva* encontrada no presente estudo, pois exercem funções semelhantes que se relacionam ao desejo, pensamentos ou comportamentos da pessoa

na tentativa de anular ou fugir da situação estressora. Já a *resolução de problemas*, com maiores escores médios no grupo Hd, implica o uso de esforços voltados para resolver os problemas e dificuldades, demandando um papel mais ativo do paciente em face de alguns desafios do tratamento. Observou-se que o grupo Hd empregou mais que os outros grupos o uso de estratégias tanto centradas na emoção quanto as centradas no problema, num aparente esforço em equilibrar o enfrentamento externo, para contornar as dificuldades, e enfrentamento interno, para lidar com a insegurança, medo, ansiedade ou outros sentimentos gerados por situações percebidas como difíceis de serem enfrentadas. As estratégias centradas na emoção e no problema podem ser complementares, principalmente em fases da doença/tratamento que envolvam maiores níveis de estresse, no entanto, ao longo do tempo, estratégias de  *coping*  mais ativas, como a *resolução de problemas*, podem ser mais adaptativas na redução dos sintomas do estresse (Brito, 2012).

Os resultados referentes ao uso de álcool nessa amostra apontam para um comportamento presente entre pacientes com DRC em todas as modalidades de tratamento, possuindo características específicas com relação ao sexo, assim como na população geral. Ao identificar o indicativo positivo de consumo de álcool, pode-se dizer que os pacientes fizeram um consumo com risco clínico de álcool nos últimos doze meses, já que este grupo deveria se abster de bebidas alcoólicas. Fierz et al. (2006) encontraram consumo de 52,8% em pacientes suíços em tratamento pós-transplante renal; no entanto, no presente estudo, caracterizou-se um uso de risco, nocivo e provável dependência, enquanto que Fierz et al. (2006) constataram 98% dos bebedores em padrão de baixo risco e não encontraram uso nocivo ou provável dependência. Uma explicação para essas diferenças podem ser contextuais e culturais, e os instrumentos de medidas de consumo de álcool também podem ter correlação.

Em conjunto, os escores do AUDIT na amostra, se concentraram na zona de baixo risco e de risco, quando comparados a alguns estudos na população em geral, o que subestima a prevalência de risco, já que os cortes adotados são para a população clínica. Magnabosco, Formigoni & Ronzani (2007), num estudo com 921 usuários de Atenção Primária à Saúde (APS), nos municípios mineiros de Juiz de Fora e Rio Pomba, identificaram 18,3% como uso na faixa de risco, percentuais menores ao estudo presente, contudo mais elevado no uso nocivo (3,3%). No que se refere à dependência, os resultados encontrados diferem dos índices obtidos na população brasileira (12,3%) (Fonseca et al., 2010) e nos usuários das APS (3,8%) (Magnabosco et al., 2007). O uso abusivo, no estudo de Magnabosco et al. (2007), foi de 22,2%, menor que os apontados neste estudo.

Algumas diferenças encontradas entre os padrões de uso de álcool na amostra, os da população geral e dos usuários das APS, podem envolver critérios de amostragem (população específica em contraposição a de base populacional e domiciliar). No padrão dependência, as diferenças podem relacionar-se ao diagnóstico confirmado de DRC e presença de outras comorbidades. Todavia, são altos os índices nas faixas de uso de risco e mesmo nocivo/provável dependência, considerando as condições clínicas da população com DRC. Identificou-se um percentual elevado do consumo em padrão *binge* em pacientes do sexo masculino e no Hd, e em proporções mais elevadas que os de Fierz et al. (2006), cujo valor foi de 0,4%. Observou-se inclusive pacientes bebendo pesado numa frequência semanal, o que pode ser considerado bem elevado para pessoas com DRC. Esse padrão é apontado como uma forma prejudicial de beber, pois agrava outras condições já existentes (Babor et al., 2003; Laranjeira et al., 2010; Magnabosco et al., 2007).

Os agravos decorrentes da doença e o medo sempre presente podem realçar a complexidade da DRC, principalmente nas fases e tratamentos mais severos, como o de Hd, e aumentar as contradições, como não poder ingerir líquidos além da quantidade estipulada e o paciente fazer uso de álcool. O medo e a morte estão presentes nas representações sociais da DRC (Palmeira, 2009; Ramos, Queiroz, & Jorge, 2008), apesar do aumento da sobrevivência nessa população. Mas, a morte não é tão iminente como parece ser no momento do diagnóstico e a continuidade da vida, apesar da presença da doença, são algumas das nuances do adoecimento crônico que podem levar a não adesão ao tratamento.

Os padrões na faixa de uso de risco foram semelhantes entre os sexos, no entanto, indivíduos do sexo masculino tiveram maior frequência de uso abusivo de álcool, confirmando os dados já existentes na literatura, nos quais homens tendem a apresentar mais comportamentos de risco, tanto em frequência quanto em quantidade do consumo de bebidas alcoólicas (Freitas & Moraes, 2011; Magnabosco et al., 2007; Wolle et al., 2011). Os homens declararam também problemas na vida, em decorrência do uso nocivo ou pesado de álcool em maiores proporções que mulheres, inclusive ocorridos em períodos mais recentes. Esses dados também corroboram os apontados em outros estudos (Abreu, Jomar, Souza, & Guimarães, 2012; Laranjeira et al., 2010). O comportamento feminino, sugestivo de autocuidado, como o comportamento masculino, sugestivo a uma maior exposição à riscos, podem ter raízes socioculturais, pois as mulheres procuram mais os serviços de saúde (Araújo, A. M. et al., 2012).

Quanto aos grupos de tratamento, o grupo Hd apresentou um percentual mais elevado de consumo regular e pesado de álcool, cerca de 10% dos pacientes, frequentadores

desse tratamento, apresentaram indicativos de provável dependência. Hegde et al. (2000) encontraram uma prevalência elevada (27,6%) de dependência em pacientes de Hd nos Estados Unidos. Esse padrão pode relacionar-se a maior presença de homens nesse grupo, fazendo uso abusivo de álcool, explicações que coadunam com as apontadas no referido estudo. A literatura aponta uma maior prevalência de transtornos psiquiátricos relacionados ao uso de substâncias em pessoas em tratamento de Hd (Cukor, Coplan et al., 2007), referente ao tratamento, considerado mais invasivo e limitante em várias dimensões da vida do indivíduo (Danquah, Zimmerman, Diamond, Meininger, & Bergstrom, 2010; Yeh & Chou, 2007), ou reflete uma tendência na literatura em concentrar mais estudos nesse grupo. O grupo Tx apresentou uma maior frequência no uso de bebidas em menores doses, próximo aos de Fierz et al. (2006), em que 98% dos indivíduos tinham consumo de baixo risco, que pode relacionar-se a menor média de idade nesse grupo. A adesão ao tratamento pode sofrer interferências que dependem de fatores como a percepção acerca das recomendações e necessidades que o caracterizam, assim como o nível de autonomia a ser resguardada num universo de limitações e dependências, como ilustra a fala de Palmeira (2009): “[...] a adesão ao tratamento precisa ser avaliada considerando-se não apenas a obediência irrestrita às recomendações médicas, mas também ao nível de compreensão que a pessoa tem sobre seu tratamento e se, tanto subjetivamente como socialmente, este é organizado e experimentado como promotor de autonomia, saúde, dependência e/ou doença” (Palmeira, 2009, p. 110).

Em relação a problemas em decorrência do padrão de consumo de álcool, observamos que a autopercepção sobre o consumo problemático de álcool foi menor em relação à percepção de despertar nos outros preocupações quanto à própria forma de beber, tanto na vida quanto em um período mais recente. Estes dados reforçam a implementação de intervenções a nível assistencial nessa população.

No presente estudo, buscou-se, além da identificação dos padrões de uso de álcool e dos padrões sociais e cognitivos por grupos de tratamento, explorar principalmente associações entre consumo de álcool, suporte social e estratégias de enfrentamento nessa população. Diversos estudos encontraram associações significativas entre a percepção de suporte social elevada e melhores indicadores de adesão e adaptação ao tratamento (Hughes, Wood, & Smith, 2009) e associações significativas entre suporte social emocional e prático e QV (Yu & Petrini, 2010) em pacientes com DRC. Todavia, a percepção de suporte social, tanto emocional quanto prático, no presente estudo, não foi associada ao uso de álcool. Observando as medianas, o grupo que bebeu apresentou menores valores, sugerindo uma menor percepção de suporte emocional e prático entre os pacientes que consumiram álcool;

diferenças clinicamente relevantes, apesar de não terem sido associadas ao uso de álcool. A relação do suporte social e o uso de álcool também é divergente nos resultados encontrados em estudos sobre álcool: alguns apontam-no como um preditor do consumo de álcool (Hunter-Reel, McCrady, & Hildebrandt, 2009), envolvendo associações positivas entre graus de suporte social e baixo consumo de bebidas alcoólicas e há aqueles em que as associações foram mínimas ou nulas (Webb, Robinson, & Brower, 2011), resultados mais próximos aos encontrados no presente estudo. Os mecanismos pelos quais o suporte social atua sobre comportamentos como o consumo de álcool ainda não são bem compreendidos e diferenças individuais e contextuais podem mediar essa relação, à nível de percepção. Assim, uma menor percepção de suporte social ou de fato a sua ausência pode ser apenas um dos prováveis motivos pelos quais as pessoas bebem ou não em face de condições geradoras de estresse.

Quanto às estratégias de enfrentamento os grupos apresentaram o mesmo nível de uso da estratégia de *Resolução de Problemas* e de *Confronto*, consideradas as mais adaptativas na literatura por serem centradas no problema (Araújo, R. B. et al., 2010; Fierz et al., 2006). Os resultados não diferem de alguns apontamentos na literatura nos quais o uso e abuso de álcool ou de outras substâncias, no contexto da DRC, estavam mais relacionadas ao uso de estratégias de enfrentamento mais centradas na emoção (Cinar, Barlas & Alpar, 2009; Santos & Arcanjo, 2013) do que no problema. O enfrentamento focado na emoção pode levar o indivíduo a assumir uma postura paliativa ou de afastamento de situações geradoras de tensão e/ou de emoções negativas nesses contextos (Ravagnani et al., 2007). Desse modo a literatura aponta que consumir bebidas alcoólicas, fumar ou se envolver em outras atividades distrativas seriam possibilidades de esforços de enfrentamento direcionados ao nível somático ou dos sentimentos, um esforço para regular o estado emocional e para reduzir desconfortos físicos decorrentes de estressores (Antoniuzzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998).

Há uma obrigatoriedade do tratamento e de seguir prescrições médicas que leva à dependência do mesmo e instaura uma relação de submissão, podendo resultar em isolamento, sofrimento e um esvaziamento da autonomia do indivíduo na tomada de decisões, principalmente quando este não é bem sucedido (Palmeira, 2009). Contudo há momentos em que não se reconhece a enfermidade, pois uma condição crônica de saúde é intermitente, marcada por fases de exacerbação e de remissões dos sintomas. Essa autora nos chama a atenção para uma relação paradoxal do sujeito com o tratamento em situações de cronicidade: “[...] a permanência da vida para além da presença da doença provoca o surgimento de uma relação específica com o tratamento: submissão e dependência trazidas pela necessidade da

terapêutica por um lado, e autonomia do sujeito para tomar as suas decisões e, em certos momentos, ficar sem o tratamento” (Palmeira, 2009, p. 110)

Analisando a distribuição dos escores da estratégia *fuga-esquiva* em relação ao consumo de álcool, os resultados sugerem uma provável diferença entre os grupos, apontando resultados controversos à literatura, indicando que os pacientes que não consumiam álcool tinham menores níveis de uso desta estratégia. A *fuga-esquiva*, estratégia centrada na emoção, está associada a um maior distanciamento das situações percebidas como mais geradoras de tensão e de comportamentos menos adaptativos no contexto de tratamento (Ravagnani et al., 2007). O uso em menores proporções da estratégia de *fuga-esquiva* no grupo que bebeu sugere uma tendência a menor passividade em relação a possíveis estressores do tratamento e segundo Fierz et al. (2006) é possível observar correlações significativas no uso de estratégias de enfrentamento menos passivas nas pessoas que consumiram álcool, desde que os resultados sejam ajustados por sexo e vínculo de trabalho. Essa diferença pode também ser resultante do efeito do desenho transversal do estudo, já que este avaliou uma característica que pode evoluir ao longo do tempo.

Não foram encontradas outras associações estatisticamente significativas entre o consumo de álcool e as demais estratégias de enfrentamento focadas nas emoções. Contudo, há outros fatores que podem estar relacionados ao uso de álcool no contexto de tratamentos crônicos de saúde. Apesar de parte da literatura apontar o uso de álcool como estratégia de enfrentamento para redução do estresse, o seu consumo pode ser motivado ou reforçado por outros fatores ambientais ou individuais não relacionados diretamente com estressores do tratamento (Veenstra et al., 2006). Nesse sentido, Cinar et al. (2009) sinalizam que o uso de álcool apesar de estar associado a estilo de *coping* em pacientes com DRC, esta não é a principal estratégia adotada pelos pacientes para enfrentar as condições estressoras do tratamento crônico.

Para Palmeira (2009) há uma complexidade de natureza simbólica em torno da organização do tratamento, o que envolve uma certa ambiguidade. A caráter obrigatório, a dependência medicamentosa, a não resolutividade do problema de saúde, a falta de um fim, a presença dos pares “melhora-piora” e “autonomia-dependência”, e o surgimento de novos sintomas geram significados que passam a ser associados ao tratamento paliativo e até mesmo ao abandono do tratamento. A cura permanece como ideal a ser perseguido, o que exige um investimento constante do indivíduo na própria recuperação. Assim, as possíveis consequências giram em torno da responsabilização do indivíduo pelo seu estado de saúde e a

possibilidade de desistência, como pode sinalizar o comportamento de ingerir álcool a despeito dos agravos consequentes do seu uso no tratamento da DRC.

A relação entre uso de álcool e eventos de vida estressantes pode ser permeada por outros fatores, sendo possível a interferência de características individuais como o conjunto de crenças, motivações e expectativas em torno do uso de álcool, senso de autocontrole sobre os estressores da doença, entre outros, pois a literatura vem apontando o álcool como um problema multifatorial e pervasivo (Veenstra et al., 2006), presente em várias situações, inclusive no contexto de tratamentos para doenças crônicas (Cinar et al., 2009). O consumo de álcool pode inclusive ser preexistente ao diagnóstico de DRC, como alguns estudos vêm sugerindo em relação ao abuso de substâncias nesse contexto (Santos & Arcanjo, 2013; Torres, Castillo, & García, 2009).

Numa análise geral do presente estudo, constatou-se padrões de consumo de álcool frequente e de risco, inclusive com elevado padrão *binge*, caracterizando um consumo nocivo à saúde dessa população. Esses resultados devem ser analisados em face das falhas na adesão ao tratamento, inclusive nas interações com o tratamento medicamentoso (Fierz et al., 2006). Reforça também a importância de rastrear e avaliar padrões de uso de álcool em pacientes com DRC, a nível institucional, mediante a sistematização do uso de ferramentas de rastreamento eficientes, como o AUDIT. Estudos realizados em serviços especializados no tratamento de pessoas com condições crônicas de saúde podem conduzir a uma melhor adequação do ponto de corte do AUDIT para essas populações mais vulneráveis. Acredita-se que essa medida facilitará a abordagem do problema nesse contexto para, num segundo momento, permitir o planejamento de intervenções assistenciais mais adequadas. Dentre as intervenções assistenciais, abordagens envolvendo aconselhamento breve, a entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2001), o monitoramento, a formação de grupos para treinamento de habilidades de enfrentamento ou mesmo o encaminhamento para serviços especializados quando necessário, parecem ser medidas importantes a serem adotadas nesses contextos. Souza e Noto (2013) destacam a relevância do envolvimento da equipe e da sistematização dessas abordagens nos serviços de saúde, de forma a torná-las mais eficazes e evitando-se situações estigmatizantes. Assim, algumas ações são necessárias à nível de equipe, em relação a planejamento, treinamento, monitoramento e retorno quanto às medidas implementadas. Ações que podem ser propostas e implementadas nas instituições investigadas na presente pesquisa. Evidenciou-se também o uso de risco de álcool, nessa população, independente da percepção de suporte social, do repertório de estratégias de enfrentamento ou

em face das graves consequências de seu consumo. Esses dados reforçam a necessidade de intervenções direcionadas para pacientes inseridos em todos os tipos de tratamento para DRC.

Podemos apontar como limitações do presente estudo a amostragem por conveniência, o que dificulta a generalização para a população e pode enviesar alguns dados. Outra possível limitação é o uso de instrumento de autorrelato para identificar o padrão de uso de álcool, podendo implicar num viés de desejabilidade social, o uso de álcool pode ser maior e em padrões diferentes dos encontrados. Outras limitações metodológicas podem ser referentes a não mensuração do presente grau de estresse ou identificação de estressores atuais. A literatura aponta que doenças crônicas são instáveis ao longo do tempo e passam por fases de exacerbação ou remissão de sintomas (Sousa, M. R. G. et al., 2011), sendo mais sintomática no início e no final do tratamento. No entanto, na amostra do estudo, observou-se a presença de indivíduos em todas as fases da doença e em tratamentos diferenciados, o que acabou por não prejudicar as análises. O desenho transversal pode ter sido um outro limitador por não permitir analisar a interação das variáveis de estudo ao longo do tempo; contudo, justificável por se tratar de um passo inicial na exploração da relação entre o consumo de álcool, a percepção de suporte social e o uso de estratégias de enfrentamento no contexto de tratamentos da DRC.

Todavia, as informações levantadas pelo estudo podem ser consideradas relevantes por ser um estudo original e inédito, o primeiro na literatura nacional que investiga os padrões de uso de álcool por pessoas inseridas em diferentes tratamentos para DRC, além de se encontrar afinado com as políticas de saúde pública, que vêm demonstrando a relevância de se abordar os fatores vinculados ao estilo de vida, dos quais o álcool é um dos mais importantes, em interface com as condições crônicas de saúde. É possível que os pacientes apresentem uma tendência em não revelar o real consumo que fazem de álcool para a equipe de saúde e esse comportamento pode agravar condições já mórbidas, principalmente considerando a relevância clínica, pois essas variáveis tem efeito sobre a adesão ao tratamento.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do direcionamento de restrição do consumo de álcool e outras substâncias em pessoas com DRC, os resultados do presente estudo apontam para a existência de padrões de consumo de álcool frequente nos diferentes tipos de tratamento. Apresentam um perfil de risco e/ou nocivo de uso do álcool, inclusive em padrão *binge*. Esses padrões não diferem, significativamente, dos encontrados na população geral e em outros estudos em populações com DRC ou outras condições médicas crônicas. Todavia, não verificou-se evidências acerca das estratégias de enfrentamento e da percepção de suporte social associadas ao uso de álcool nessa amostra.

O uso de risco de álcool, nessa população, foi independente da percepção de suporte social, do repertório de estratégias de enfrentamento ou em face das graves consequências de seu consumo. Esses dados reforçam a necessidade de sistematização de intervenções direcionadas ao rastreio e monitoramento do uso de álcool em todas as modalidades de tratamento para DRC, e não para grupos específicos que poderiam ser mais vulneráveis em relação à pobre suporte social ou perfil de enfrentamento do tratamento. O que traz à discussão a importância de mais pesquisas que investiguem o uso de álcool em contextos clínicos, para adequar pontos de corte do AUDIT para essas populações, que podem ser consideradas mais vulneráveis aos efeitos dessa substância.

Aponta também para outros potenciais fatores como a percepção de autocontrole, autoeficácia, as expectativas e motivos em relação ao uso de álcool, assim como os mecanismos subjacentes a esses processos, que podem ser investigados futuramente. É de grande relevância elucidar teoricamente os processos subjacentes a manutenção deste comportamento no contexto de tratamento. O emprego de outras metodologias poderiam, também, explorar melhor a relação das variáveis psicossociais estudadas com o consumo de álcool nesses contextos. Além disso, estudos brasileiros voltados para o uso de álcool e fatores sociocognitivos em pacientes com DRC ou outras condições crônicas de saúde são escassos, e pesquisas nesse sentido são importantes para se pensar em estratégias de intervenção que

melhorem a adesão ao tratamento e impactem positivamente a QV desses pacientes. Neste sentido, é relevante também a implementação de intervenções que otimizem recursos provenientes do suporte social e das estratégias de *coping* nos grupos de tratamento para DRC, direcionadas ao enfrentamentos dos estressores do tratamento/doença.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, A. M. (2003). Revisão: a importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 25(4), 209-214.
- Almeida, A. M., & Meleiro, A. M. A. S. (2000). Revisão: Depressão e Insuficiência Renal Crônica: Uma Revisão. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 22(1), 21-29
- Almeida, N. Filho. (2004). Modelos de determinação social das doenças crônicas não transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9, 865-884. doi.org/10.1590/S1413-81232004000400009
- Álvarez, A. M. A. (2007). Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56, 118-193. doi.org/10.1590/S0047-20852007000300006
- Amato, T. C., Silveira, P. S., Oliveira, J. S., & Ronzani, T. M. (2008). Uso de bebida alcoólica, religião e outras características sociodemográficas em pacientes da atenção primária à saúde - Juiz de Fora, MG, Brasil - 2006. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 4(2), Recuperado de <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/SMAD2008v4n2%2004.pdf>
- Amorim, M. I. S. P. L. (2009). *Para lá dos números... Aspectos Psicossociais e Qualidade de Vida dos Indivíduos com Diabetes mellitus Tipo 2* (Tese de doutorado). Universidade do Porto, Porto.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos em Psicologia*, 3, 273-294. doi:10.1590/S1413-294X1998000200006
- Araújo. A. M., Mendonça, A. E. O., Rodrigues, M. P., & Torres, G. V. (2012). Identificando fatores de risco para insuficiência renal crônica no grupo Amigos do Coração. *Journal of Nursing UFPE on line*, 6, 578-586. doi: 10.5205/relou.2163-16218-1LE.0603201212
- Araújo, R. B., Pansard, M., Boeira, B. U., & Rocha, N.S. (2010). As Estratégias de Coping da Fissura de Dependentes de Crack. *Revista Hospital de Clinicas de Porto Alegre*, 30(1), 36-42.
- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos [ABTO]. (n.d.). Manual de Transplante Renal- Período Pós Transplante. Recuperado de

[http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/manual\\_do\\_transplantado/manual\\_transplante\\_rim.pdf](http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/manual_do_transplantado/manual_transplante_rim.pdf)

- Babor, T. F., & Higgins-Bidde, J. C. (2003). *Intervenções Breves: para uso de Risco e uso Nocivo de Álcool – Manual para uso em Atenção Primária* (C. M. Corradi, Trad.). Ribeirão Preto: PAI-PAD.
- Babor, T. F., Higgins-Bidde, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2003). *AUDIT: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool – Roteiro para Uso em Atenção Primária* (C. M. Corradi, Trad.). Ribeirão Preto: PAI-PAD.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S., & Torres, E. C. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic*, 7(1), 39-48.
- Baptista, M. N., & Campos, D. C. (2007). *Metodologias de Pesquisa em Ciências: Análises Quantitativa e Qualitativa*. Rio de Janeiro: LTC.
- Barrera, M. Jr. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*, 14, 413-445. doi:10.1007/BF00922627
- Bastos, M. G., Carmo, W. B., Abrita, R. R., Almeida, E. C., Mafra, D., Costa, D. M. N., ... Paula, R. B. (2004). Doença renal crônica: problemas e soluções. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 26(4), 202-215.
- Bastos, M. G., & Kirsztajn, G. M. (2011). Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhor desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 33, 93-108. doi:10.1590/S0101-28002011000100013
- Bastos, M. G., Bregman, R., & Kirsztajn, G. M. (2010). Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(2), 248-253.
- Bastos, R. M. R., Bastos, M. G., Ribeiro, L. C., Bastos, R. V., & Teixeira, M. T. B. (2009). Prevalência da doença renal crônica nos estágios 3, 4 e 5 em adultos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55, 40-44. doi:10.1590/S0104-42302009000100013
- Bastos, R. M. R., Bastos, M. G., & Teixeira, M. T. B. (2007). A doença renal crônica e os desafios da atenção primária a saúde na sua detecção precoce. *Revista APS*, 10(1), 46-55.
- Bertolli, C.-Filho. (2012). Novas Doenças, Velhos Medos: A Mídia e as Projeções de um Futuro Apocalíptico. In Y. N. Monteiro, & M. L. T. Carneiro (Orgs.), *As Doenças e os Medos Sociais* (pp. 13-34). São Paulo: Editora Fap-Unifesp.
- Bertolin, D. C. (2007). *Modos de enfrentamento de pessoas com insuficiência renal terminal em tratamento hemodialítico* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Bertolin, D. C., Pace, A. E., Kusumota, L., & Ribeiro, R. C. H. M. (2008). Modos de enfrentamento de pessoas em tratamento hemodialíticos: revisão integrativa da literatura. [Número especial]. *Acta paulista de enfermagem*, 21, 179-186.

- Bortolotto, L. A. (2008). Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 15(3), 152-155.
- Brito, D. C. S. (2012). *Relação entre Estresse e Padrões de “Coping” e Aderência Medicamentosa no Transplante Renal* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG.
- Bruce, M. A., Beech, B. M., Sims, M., Brown, T. N., Wyatt, S. B., Taylor, H. A., ... Crook, E. (2009). Social environmental stressors, psychological factors, and kidney disease. *Journal of Investigative Medicine*, 57, 583-589. doi:10.231/JIM.0b013e31819dbb91
- Burton, H. J., Kline, S. A., Lindsay, R. M., & Heidenheim, P. (1998). The role of support in influencing outcome of end-stage renal disease. *General Hospital Psychiatry*, 10(4), 260-266.
- Canadian Society of Nephrology (2008). Guidelines for the management of chronic Kidney Disease. *Canadian Medical Association Journal*, 179, 1154-1162. doi:10.1503/cmaj.080351
- Canesqui, A. M., & Barsaglini, R. A. (2012). Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5), 1103-1114.
- Carlini, E. A., & Galduróz, J. C. (2005). *II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores Cidades no País*. Brasília, DF: Senad.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C., Noto, A. R., & Nappo, S. A. (2002). *I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas no Brasil: 2001*. São Paulo, SP: Cebrid.
- Cassel, S. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-123.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2007). Prevalence of chronic kidney disease and associated risk factors - United States, 1999-2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56(8),161-165.
- Christensen, A., & Ehlers, S. L. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 712-724.
- Christensen, A. J., Turner, C. W., Slaughter, J. M., & Holman, J. M. (1989). Perceived family support as a moderator of psychological well-being in end-stage renal disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 12(3), 249-265.
- Cinar, S., Barlas, G. U., & Alpar, S. E. (2009). Stressors and Coping Strategies in Hemodialysis Patients. *Pakistan Journal of Medical Science*, 25(3), 447-452.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas à cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 79-87.

- Cohen, L. M., & Germain, M. J. (2005). The psychiatric landscap of withdrawal. *Seminars in Dialysis*, 18(2), 147-153.
- Cohen, S. D., & Mckay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: a theretical analysis. In: A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale (pp. 253-267). Hillsdale: Erlbaum.
- Cohen, S. D., Norris, L., Acquaviva, K., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2007). Screening, diagnosis, and treatment of depression in patients with end-stage renal disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2(6),1332-1342.
- Colditz, G. A. (1990). A prospective assessment of moderate alcohol intake and major chronic disease. *Annals of Epidemiology*, 1(2), 167-177.
- Condé, S. A. L., Fernandes, N., Santos, F. R., Chouab, A., Mota, M. M. E. P., & Bastos, M. G. (2010). Declínio cognitivo, depressão e qualidade de vida em pacientes de diferentes estágios da doença renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 32(3), 231-237.
- Corrêa, A. A. M., Moreira-Almeida, A., Menezes, P. R., Vallada, H., & Sczufca, M. (2011). Investigando o papel do suporte social na associação entre religiosidade e saúde mental em idosos de baixa renda: Resultados de São Paulo Ageing & Health Study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33, 157-164. doi:10.1590/S1516-44462011000200011.
- Costa, J. S. D., Silveira, M. F., Gazalle, F. K., Oliveira, S. S., Hallal, P. C., Menezes, A. M. B., ... Macedo, S. (2004). Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 38, 284-291. doi:10.1590/S0034-89102004000200019
- Crowe, A. V., Howse, M., Bell, G. M., & Henry, J. A. (2000). Substance abuse and the kidney. *The Quarterly Journal of Medicine*, 93, 147-152. doi:10.1093/qjmed/93.3.147
- Cruz, M. S., East, A. L., Costa, N. A. R., Silva, E. O., Silva, T. S., Braga, M. R., ... Ferreira, S. M. B. (1999). Criação de um serviço de atendimento a usuários de drogas em ambulatório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ: experiência de dois anos. *Informação Psiquiátrica*, 18(1), 17-22.
- Cruz, M. S. & Felicíssimo, M. (2011). Problemas médicos, psicológicos e sociais associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. In R. B. Lacerda (Coord.), *Efeitos de substâncias psicoativas no organismo* (pp. 62-76). (4a ed., módulo 2, Supera). Brasília, DF: Senad.
- Cukor, D., Cohen, D. S., Peterson, R. A. & Kimmel, P. L. (2007). Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *Journal of the American Society of Nephrology*, 18(12), 3042-3055.
- Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Friedman, S., Cromwell-Smith, A., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2007). Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2(3), 484-490.
- Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2008). Course of depression and anxiety diagnosis in patients treated with hemodialysis: a 16-month

follow-up. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 3, 1752-1758.  
doi:10.2215/CJN.01120308

- D'Angeles, A. C. R. (2009). *Análise de Sobrevida em Indivíduos submetidos ao Transplante Renal em Hospital Universitário no Rio de Janeiro* (Dissertação de mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, RJ.
- Danquah, F. V., Zimmerman, L., Diamond, P. M., Meininger, J., & Bergstrom, N. (2010). Frequency, Severity, and Distress of Dialysis-Related symptoms Reported by patients on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 37(6), 627-638.
- De Francisco, A. L., Fresnedo, G. F., Palomar, R., Piñera, C., & Arias, M. (2005). The renal benefits of a healthy lifestyle. *Kidney International Supplements*, (99), S2-S6.
- De Micheli, D., & Sartres, L. M. A. (2011). A detecção do uso abusivo em adolescentes usando o DUSI e o T-ASI. In T. M. Ronzani (Coord.), *Efeitos de substâncias psicoativas no organismo* (pp. 29-53). (4a ed., módulo 3, Supera). Brasília, DF: Senad.
- De Micheli, D., Formigoni, M. L. O. S., & Ronzani, T. M. (2011). Uso, abuso ou dependência? Como fazer triagem usando instrumentos de fácil aplicação. In T. M. Ronzani (Coord.), *Detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas* (pp. 14-28). (4a ed., módulo 3, Supera). Brasília, DF: Senad.
- Diefenthaler, E. C., Wagner, M. B., Poli-de-Figueiredo, C. E., Zimmermann, P. R., & Saitovitch, D. (2008). Is depression a risk factor for mortality in chronic hemodialysis patients? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 99-103. doi:10.1590/S1516-44462008000200003
- Duarte, P. C. A. V., & Formigoni, M. L. O. S. (Orgs.). (2011). *Fé na Prevenção: Prevenção do uso de Drogas em Instituições Religiosas e Movimentos afins* (Vol. 1, 2a ed.). Brasília, DF: Senad.
- Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J., & Avlund, K. (1999). Social relations: network, support and relational strain. *Social Science & Medicine*, 48(5), 661-673.
- Edwards, G., & Dare, C. (1997). *Psicoterapia e Tratamento de Adições*. São Paulo, SP: Artes Médicas.
- Ferreira, G. F., Marques, I. D. B., Park, C. H. L., Machado, D. J. B., Lemos, F. B. C., Paula, F. J., ... David, E. Neto. (2011). Análise de 10 anos de seguimento de transplantes renais com doador vivo não aparentado. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 33, 345-350. doi:10.1590/S0101-28002011000300011
- Ferreira, J. L. Neto, Kind, L., Barros, J. S., Azevedo, N. S., & Abrantes, T. M. (2009). Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. *Saúde e Sociedade*, 18(3), 456-466.
- Fierz, K., Steiger, J., Denhaerynck, K., Dobbels, F., Bock, A., & De Geest, S. (2006). Prevalence, severity and correlates of alcohol use in adult renal transplant recipients. *Clinical Transplantation*, 20, 171-178. doi:10.1111j.1399-0012.2005.00460.x
- Flick, U. (2009). *Introdução à Pesquisa Qualitativa* (3a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

- Fonseca, A. M., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., & Carlini, E. L. A. (2010). Comparison between two household surveys on psychotropic drug use in Brazil: 2001 and 2004. *Ciência & Saúde Coletiva*, *15*, 663-670. doi:10.1590/S1413-81232010000300008
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*(3), 466-477.
- Formigoni, M. L. O. S., Galduróz, J. C. F. & De Micheli, D. (2011). Álcool: efeitos agudos e crônicos no SNC e em outros sistemas orgânicos. In R. B. Lacerda (Coord.), *Efeitos de Substâncias Psicoativas no Organismo* (pp. 12-28). (4a ed., módulo 2, Supera). Brasília, DF: Senad.
- Freitas, I. C. M., & Moraes, S. A. (2011). Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, 2006: Projeto OBEDIARP. *Cadernos de Saúde Pública*, *27*, 2021-2031. doi:10.1590/S0102-311X2011001000015
- Funakoshi, Y., Omori, H., Onoue, A., Mihara, S., Ogata, Y., & Katoh, T. (2012). Association between frequency of drinking alcohol and chronic kidney disease in men. *Environmental Health and Preventive Medicine*, *17*, 199-204. doi:10.1007/s12199-011-0238-6
- Galduróz, J. C. F., & Caetano, R. (2004). Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *26*, 3-6. doi:10.1590/S1516-44462004000500002
- Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., Nappo, S. A., & Carlini, E. A. (2000). *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas. Parte A: Estudo Envolvendo as 24 Maiores Cidades do Estado de São Paulo – 1999*. São Paulo, SP: Cebrid.
- Gigliotti, A., & Bessa, M. A. (2004). Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *26*, 11-13. doi:10.1590/S1516-44462004000500004
- Gimenes, M. G. (1997). Teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia. In M. G. G. Gimenes, & M. H. Fávero (Orgs.), *A Mulher e o Câncer* (pp.111-147). Campinas, SP: Editorial Psy.
- Gonçalves, T. R. (2012). Apoio social e saúde: contribuições das ciências sociais e humanas às intervenções em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*, 1115-1124. doi.org/10.1590/S1413-81232012000500004
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*, 1755-1769. doi.org/10.1590/S1413-81232011000300012
- Gricio, T. C., Kusumota, L. & Cândido, M. L. (2009). Percepções e conhecimento de pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *11*(4), 884-893.
- Grincenkoy, F. R. S. (2010). *Impacto da Qualidade de vida na Morbi-mortalidade e Fatores Relacionados à sua Manutenção em Pacientes em Diálise Peritoneal*. (Tese de doutorado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG.

- Gueye, A. S., Chelamcharla, M., Baird, N. C., Nguyen, C., Tang, H., Barenbaum, A. L., ... Goldfarb-Rumyantzev, A. S. (2007). The association between recipient alcohol dependency and long-term graft and recipient survival. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22, 891-898. doi:10.1093/ndt/gfl689
- Günther, H. (2006). Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22, 201-210. doi:10.1590/S0102-37722006000200010
- Harwood, L., Wilson, B., Locking-Cusolito, H., Sontrop, J., & Spittal, J. (2009). Stressors and Coping in Individuals with Chronic Kidney Disease. *Nephrology Nursing Journal*, 36(3), 265-301.
- Hasking, P., Lyvers, M., & Carpolio, C. (2011). The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behaviour. *Addictive Behaviors*, 36, 479-487. doi:10.1016/j.addbeh.2011.01.014
- Hedayati, S. S., Minhajuddin, A. T., Afshar, M., Toto, R. D., Trivedi, M. H., & Rush, A. J. (2010). Association between major depressive episodes in patients with chronic kidney disease and initiation of dialysis, hospitalization, or death. *JAMA*, 303(19), 1946-1953.
- Hegde, A., Veis, J. H., Seidman, A., Khan, S., & Moore, J. Jr. (2000). High prevalence of alcoholism in dialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 35(6), 1039-1043.
- Hoth, K. F., Christensen, A. J., Ehlers, S. L., Raichle, K. A., & Lawton, W. J. (2007). A longitudinal examination of social support, agreeableness and depressive symptoms in chronic kidney disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(1), 69-76.
- Hughes, J., Wood, E., & Smith, G. (2009). Exploring Kidney patients' experiences of receiving individual peer support. *Health Expectations*, 12, 396-406. doi:10.1111/j.1369-7625.2009.00568.x
- Hunter-Reel, D., McCrady, B., & Hildebrandt, T. (2009). Emphasizing interpersonal factors: An extension of the Witkiewitz and Marlatt relapse model. *Addiction*, 104, 1281-1290.
- Hunter-Reel, D., McCrady, B. S., Hildebrandt, T., & Epstein, E. E. (2010). Indirect Effect of Social Support for Drinking on Drinking Outcomes: The Role of Motivation. *Journal of Studies on Alcohol and Drug*, 71(6), 930-937
- Hupcey, J. E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), 1231-1241.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2013). *Censo 2010*. Recuperado de <http://censo2010.ibge.gov.br/>
- Iseki, K. (2005). Factors influencing the development of end-stage renal disease. *Clinical and Experimental Nephrology*, 9, 5-14. doi:10.1007/s10157-005-0341-3
- Kaltsouda, A., Skapinakis, P., Damigos, D., Ikonou, M., Kalaitzidis, R., Mavreas, V., & Siamopoulos, K. C. (2011). Defensive coping and health-related quality of life in

chronic kidney disease: a cross-sectional study. *BMC Nephrology*, 12, 28.  
doi:10.1186/1471-2369-12-28

- Kimmel, P. L. (2000). Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. [Supplement 1]. *American Journal of Kidney Diseases*, 35(4), S132-S140.
- Kimmel, P. L., Thamer, M., Richard, C., & Ray, N. F. (1998). Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *The American Journal of Medicine*, 105(3), 214-221.
- Kop, W. J., Seliger, S. L., Fink, J. C., Katz, R., Odden, M. C., Fried, L. F., ... Gottdiener, J. S. (2011). Longitudinal association of depressive symptoms with rapid kidney function decline and adverse clinical renal disease outcome. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 6, 834-844. doi:10.2215/CJN.03840510
- Krause, N. (1991). Stress, religiosity, and abstinence from alcohol. *Psychology and Aging*, 6(1), 134-144.
- Lanza, A. H. B., Chaves, A. P. A., Garcia, R. C. P., & Brandão, J. A. G. (2008). Perfil biopsicossocial de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 33(3), 141-5.
- Laranjeira, R., Pinsky, I., Sanches, M., Zaleski, M., & Caetano, R. (2007). *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Alcool na População Brasileira*. Brasília, DF: Senad.
- Laranjeira, R., Pinsky, I., Sanches, M., Zaleski, M., & Caetano, R. (2010). Alcohol use patterns among brazilian adults. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, 231-241. doi:10.1590/S1516-44462009005000012
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (2000). Evolution of a model of stress, coping and discrete emotions. In V. Rice, *Handbook the Stress, Coping and Health: Implication of Nursing Research, Theory and Practice* (pp. 195-222). London, UK: Sage Publication.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York, NY: Springer.
- Lehmkuh, A., Maia, A. J. M., & Machado, M. O. (2009). Estudo de prevalência de óbitos de pacientes com doença renal crônica associada a doença mineral óssea. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 31(1), 10-17.
- Leite, I. C., Schramm, J. M. A., Gadelha, A. M. J., Valente, J. G., Campos, M. R., Portela, M. C., ... Bittencourt, S. A. (2002). Comparação das informações sobre as prevalências de doenças crônicas obtidas pelo suplemento saúde da PNAD/98 e as estimadas pelo estudo carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 733-741. doi:10.1590/S1413-81232002000400010
- Levenson, J. L., & Glochesky, S. (1991). Psychological factors affecting end-stage renal disease. A review. *Psychosomatics*, 32(4), 382-389.

- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997). Illness representation: theoretical foundations. In K. J. Petrie, J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions Health and Illness: Current Research & Applications* (pp. 19-46). Singapore, MY: Harwood Academic Publishers.
- Levy, N. B. (2008). What is psychonephrology? [Supplement 13]. *Journal of Nephrology*, *21*, S51-S53.
- Lima, S. A., Fernandes, N., Santos, F. R., & Bastos, M. G. (2007). Função cognitiva e depressão em uma coorte de pacientes submetidos a diálise peritoneal, avaliada pelo mini-mental (MEEM) Ebdí – devemos incluí-los na memória. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, *29*(4), 252-257.
- Lin, J., Guo, Q., Ye, X., Li, J., Yi, C., Zhang, X., ... Yu, X. (2012). The effect of social support and coping style on depression in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis in southern China. *International Urology and Nephrology*, *45*, 527-535 doi:10.1007/s11255-012-0309-
- Lopes, A. A., Bragg, J., Young, E., Goodkin, D., Mapes, D., Combe, C., ... Port, F. K. (2002). Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney International*, *62*(1), 199-207.
- Lo Presti, R., Carollo, C. & Caimi, G. (2007). Wine consumption and renal diseases: new perspectives. *Nutrition*, *23*(7-8), 598-602.
- Machado, E. L., Caiaffa, W. T., César, C. C., Gomes, I. C., Andrade, E. I. G., Acúrcio, F. A., & Cherchiglia, M. L. (2011). Iniquities in the Access to renal transplant for patients with end-stage chronic renal disease in Brazil [Suplemento 2]. *Cadernos de Saúde Pública*, *27*, S284-S297.
- Maes, S., Leventhal, H. & Ridder, D. (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner & N. Endler, *Handbook the Coping: Theory, Research, Applications* (pp. 221-251). New York, NY: John Wiley.
- Magnabosco, M. B., Formigoni, M. L. O., & Ronzani, T. M. (2007). Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *10*, 637-47. doi:10.1590/S1415-790X2007000400021
- Martínez, R. R., Méndez, R. B., García, F. G., & Hernández, D. F. (2010). Complicaciones del transplante renal em el Instituto de Nefrologia. 2001-2005. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, *13*(1), 7-15.
- Martins, C. S. C. (2005). *Impacto do suporte social e dos estilos de coping sobre a percepção subjetiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus*. Recuperado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0339.pdf>
- Mascarenhas, C. H. M., Reis, L. A., Lyra, J. E., Peixoto, A. V., & Teles, M. S. (2010). Insuficiência renal crônica: caracterização sociodemográfica e de saúde de pacientes em tratamento hemodialítico no município de Jequié/BA. *Revista Espaço para a Saúde*, *12*(1), 30-37.

- Matos, J. P. S., Almeida, J. R., Guinsburg, A., Marelli, C., Barra, A. B. L., Vasconcellos, M. S., ... Lugon, J. R. (2011). Avaliação da sobrevida de cinco anos em hemodiálise no Brasil: uma coorte de 3.082 pacientes incidentes. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 33, 436-441. doi:10.1590/S0101-28002011000400008
- McClellan, W. M., & Flanders, W. D. (2003). Risk factors for progressive chronic kidney disease [Supplement 2]. *Journal of the American Society of Nephrology*, 14(7), S65-S70.
- McCreary, D. R., & Sadava, S. W. (1998). Stress, drinking, and the adverse consequences of drinking in two samples of young adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12(4), 247-261.
- McGuigan, F. J. (1976). *Psicologia experimental: uma abordagem metodológica*. São Paulo, SP: EPU.
- Meloni, J. N., & Laranjeira, R. (2004). Custo social e da saúde do consumo de álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 7-10. doi.org/10.1590/S1516-44462004000500003
- Mendéz, E. B. (1999). *Uma versão brasileira do AUDIT – Alcohol Disorders Identification Test*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.
- Mendonça, D. P. (2007). *Qualidade de vida dos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para mudança de comportamento*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Ministério da Saúde [MS].(2004a). *Inquérito domiciliary sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. Rio de Janeiro, RJ: Inca.
- Ministério da Saúde [MS]. (2010). *Política Nacional de Promoção da Saúde* (3a ed.). Brasília, DF: MS.
- Ministério da Saúde [MS]. (2011). *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil (2011-2022)*. Brasília, DF: OPAS.
- Mongé, M. J. A., & Almagiá, E. B. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida em adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica*, 26, 165-172. doi:10.4067/S0718-48082008000200002
- Moraes, N. A. (2012). Doença e Medo: Charges, Sentidos e Poder na Sociedade Midiática. In Y. N. Monteiro, & M. L. T. Carneiro. (Orgs), *As Doenças e os Medos Sociais* (pp. 37-59). São Paulo: Editora Fap-Unifesp.
- Moreira, L. B., Fuchs, F. D., Moraes, R. S., Bredemeier, M., Cardozo, S., Fuchs, S. C., & Victora, C. G. (1996). Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 57(3), 253-259.

- National Kidney Foundation. (2002). K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification [1 Supplement]. *American Journal of Kidney Diseases*, 39(2) S1-S266.
- Neves, L. A. S., & Gir, E. (2006). Crenças das mães soropositivas ao HIV acerca da transmissão vertical da doença. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 781-788. doi:10.1590/S0104-11692006000500021
- Obrador, G. T., Mahdavi-Mazdeh, M., & Collins, A. J. (2011). Establishing the Global Kidney Disease Prevention Network (KDPN): a position statement from the National Kidney Foundation. *American Journal of Kidney Diseases*, 57, 361-370. doi:10.1053/j.ajkd.2010.12.006
- Oliveira, T. F. M., Santos N. O., Lobo, R. C. M. M., Pinto, K. O., Lucia, M. C. S., & Barboza, S. A. (2008). Perfil sociodemográfico, eventos de vida e características afetivas de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento por hemodiálise e diálise peritoneal: um estudo descritivo. *Psicólogo Informação*, 12(12), 9-32.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: OMS.
- Organización Mundial de La Salud [OMS]. (2010). Departamento de Salud Mental y Abuso de Saubstancias. *Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol*. Organización Mundial de La Salud. Ginebra, CH.
- Pacheco, G. S., Santos, I., & Bregman, R. (2006). Características de clientes com doença renal crônica: evidências para o ensino do autocuidado. *Revista Enfermagem UERJ*, 14(3), 434-439.
- Padulla, S. A. T., Burneiko, R. C. V. M., Bortolatto, C. R., Maeda, F. L., Morimoto, J., Silva, M. R., ... Sato, K. T. (2009). Tempo de hemodiálise relacionado ao nível de estresse e depressão em pacientes do Instituto do Rim da Santa Casa da Misericórdia de Presidente Prudente. *Revista Eletrônica de Fisioterapia da FCT/UNESP*, 1(1), 185-205.
- Pais-Ribeiro, J. (2006). As variáveis psicológicas positivas como amortecedores entre situações de doença grave traumática e stress. In: P. Costa, C. L. Pires, & J. Veloso (Orgs.), *Stresse Pós-traumático – Modelos, Abordagens & Práticas* (pp.13-19). Leiria: Diferença.
- Palmeira, A.T. (2009). *Representações sociais de doenças crônicas: um estudo qualitativo com pessoas com diagnóstico de insuficiência renal ou dor crônica*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Pedroso, R. S. & Sbardelloto, G. (2008). Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais Crônicos: revisão Teórica. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 4(7), 32-35.

- Peirce, R. S., Frone, M. R., Russell, M., Cooper, M. L., & Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychology, 19*(1), 28-38.
- Peres, L. A. B., Biela, R., Herrmann, M., Matsuo, T., Ann, H. K., Camargo, M. T. A., ... Uscocovich, V. S. M. (2010). Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal no oeste do Paraná. Uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos. *Jornal Brasileiro de Nefrologia, 32*, 51-56. doi:10.1590/S0101-28002010000100010
- Pesavento, T. E. (2009). Kidney transplantation in the context of Renal Replacement Therapy. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 4*, 2035-2039. doi:10.2215/CJN.05500809
- Pinho, P. (2009). *Os Desafios na Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas e a Reabilitação Psicossocial*. (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Portugal, F. B., Corrêa, A. P. M & Siqueira, M. M. (2010). Alcoolismo e comorbidades em um programa de assistência aos dependentes de álcool. *SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Ed. port.)*, 6(1), 1-13.
- Rambod, M., & Rafii, F. (2010). Perceived Social Support and Quality of Life in Iranian Hemodialysis Patients. *Journal of Nursing Scholarship, 42*, 242-249. doi:10.1111/j.1547-5069.2010.01353.x
- Ramos, I. C., Queiroz, M. V. O., & Jorge, M. S. B. (2008). Cuidado em situação de Doença Renal Crônica: representações sociais elaboradas por adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem, 61*, 193-200. doi:10.1590/S0034-71672008000200008
- Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for alcohol and drug abuse disorders [Suplemento 2]. *Revista Brasileira Psiquiatria, 30*, S88-S95.
- Ravagnani, L. M. B., Domingos, N. A. M., & Miyazaki, M. C. O. S. (2007). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estudos de Psicologia, 12*(2), 177-184.
- Retana, B. R. A. F., Barañano, N. B., Prado, E. F., Baños, C. B., Rodríguez, M. A. N., Escribano, M. E., ... Herrero, M. S. D. B. (2009). Calidad de vida y afrontamiento: diferencias entre los pacientes de diálisis peritoneal continua ambulatoria y hemodiálisis hospitalaria. *Enfermería Clínica, 19*, 60-68. doi:10.1016/j.enfcli.2008.10.011
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36*. Lisboa, PT: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo, SP: Atlas.
- Riezebos, R. K., Nauta, K. J., Honig, A., Dekker, F. W., & Siegert, C. E. (2010). The association of depressive symptoms with survival in a Dutch cohort of patients with end-stage renal disease. *Nephrology, Dialysis, Transplantation, 25*, 231-236. doi:10.1093/ndt/gfp383

- Romão, J. E Jr. (2004). Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação [Suplemento 1]. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 26(3), 1-3.
- San José, B., van Oers, H. A. M., van de Mheen, H. D., Garretsen, H. F. L. & Mackenbach, J. P. (2000). Stressors and Alcohol Consumption. *Alcohol & Alcoholism*, 35(3): 307-312.
- Sandhu, G. S., Woodward, R. S, Hanto, D. W., Pavlakis, M., Dimitri, N., & Goldfarb-Rumyantzev, A. S. (2011). Impact of substance abuse on access to renal transplantation. *Transplantation*, 91, 86-93. doi:10.1097/TP.0b013e3181fc8903
- Santos, C. (2006). *Doença Oncológica – Representação Cognitiva e Emocional, Estratégias de Coping e Qualidade de Vida no Doente e Família*. Coimbra, PT: Formasau.
- Santos, P. R. (2005). Correlação entre Marcadores Laboratoriais e Nível de Qualidade de Vida em Renais Crônicos Hemodializados. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 27(2), 70-75.
- Santos, P. R. (2010). Correlation between coping style and quality of life among hemodialysis patients from a low-income area in Brazil. *Hemodialysis International*, 14, 316-321. doi:10.1111/J.1542-4758.2010.00449.X
- Santos, P. R., & Arcanjo, F.P.N. (2013). Social Adaptability and Substance Abuse: predictors of depression among hemodialysis. *BMC Nephrology*, 14, 12. doi:10.1186/1471-2369-14-12
- Sarason, I. G. & Sarason, B. (2009). Social support: mapping the construct. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(1), 113-120.
- Savóia, M. G. (1999). Escalas de Eventos Vitais e de Enfrentamento (coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(2), 57-64. Recuperado de [hcnnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo\(57\).htm](http://hcnnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo(57).htm)
- Savóia, M. G., Santana, P. R., & Meijias, N. P. (1996). Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1/2), 183-201.
- Schäbitz, W. R. & Reinecke, H. (2011). Chronic kidney disease and alcohol consumption: are asians at particular risk for hemorrhagic stroke? *Stroke*, 42, 2385-2386. doi:10.1161/STROKEAHA.111.626713
- Schaeffner, E. S., Kurth, T., de Jong, P. E., Glynn, R. J., Buring, J. E., & Gaziano, J. M. (2005). Alcohol consumption and the risk of renal dysfunction in apparently healthy men. *Archives of Internal Medicine*, 165(9), 1048-1053.
- Schmidt, M. I., Duncan, B. B., Azevedo e Silva, G., Menezes, A. M., Monteiro, C. A., Barreto S. M., ... Menezes PR. (2011). Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, 377, 1949-1961. doi:10.1016/S0140-6736(11)60135-9
- Scrignaro, M., Barni, S. & Magrin, M. E. (2011). The combined contribution of social support and coping strategies in predicting study on cancer patients. *Psychooncology*, 20, 823-831. doi:10.1002/pon.1782

- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L., & Tróccoli, B. T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 18*, 118-195. doi:10.1590/S0102-79722005000200006
- Seidl, E. M., & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22*, 317-326. doi:10.1590/S0102-37722006000300008
- Sesso, R., Lopes, A. A., Thomé, F. S., Lugon, J., Watanabe, Y., & Santos, D. R. (2012). Diálise Crônica no Brasil - Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011. *Jornal brasileiro de nefrologia, 34*, 272-277. doi:10.5935/0101-2800.20120009
- Shimizu, Y., Maeda, K., Imano, H., Ohira, T., Kitamura, A., Kiyama, M., ... Iso, H. (2011). Chronic Kidney Disease and Drinking Status in Relation to Risks of Stroke and Its Subtypes- The Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *Stroke, 42*, 2531-2537. doi:10.1161/STROKEAHA.110.600759
- Silva, E. A. (2011). Intervenções Clínicas: o uso, abuso e dependência de drogas. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (Org.) (2011). *Alcool e Outras Drogas*. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. São Paulo: CRPSP, 142 p.
- Silva, C. S., Ronzani, T. M., Furtado, E. F., Aliane, P. P., & Moreira-Almeida, A. (2010). Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. *Revista de Psiquiatria Clínica, 37*(4), 152-156.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da escala de suporte social. *Psicologia em Estudo, 13*, 381-388. doi:10.1590/S1413-73722008000200021
- Siviero, P., Machado, C. J., & Rodrigues, R. N. (2013). *Doença renal crônica: um agravamento de proporções crescentes na população brasileira*. Belo Horizonte, MG: UFMG/Cedeplar.
- Sociedade Brasileira de Nefrologia [SBN]. (2012). *Censo de Diálise SBN 2012*. Recuperado de <http://www.sbn.org.br/leigos/?censo>
- Sociedade Brasileira de Nefrologia [SBN], & Associação Brasileira de Nutrologia [ABN]. (2011). *Doença Renal Crônica (Pré-terapia Renal Substitutiva): Tratamento [Projeto Diretrizes]*. Brasília, DF: AMB/CFM.
- Sorkin, M. I., & Blake, P. G. (2003). Sistemas para diálise peritoneal. In J. T. Daugirdas, P. G. Blake, & T. S. Ing (Eds.), *Manual de diálise* (pp.15-47). (3a ed., A. G. Santos, Trad.). São Paulo, SP: MEDSI.
- Sousa, M. R. G., Landeiro, M. J. L., Pires, R. & Santos, L. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência, 3*(4), 151-160.
- Sousa, S. R., Galante, N. Z., Barbosa, D. A., & Pestana, J. O. M. (2010). Incidência e fatores de risco para complicações infecciosas no primeiro ano após o transplante renal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia, 32*, 77-84. doi:10.1590/S0101-28002010000100013

- Souza, I. C. W., & Noto, A. R. (2013). Abordagens para Usuários de Álcool. In: T. M. Ronzani (Org.), *Ações Integradas sobre Drogas: Prevenção, Abordagens e Políticas Públicas* (pp. 107-122). Juiz de Fora, MG: UFJF, 2013.
- Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology, 22*(2), 123-129.
- Takamatsu, N., Abe, H., Tominaga, T., Nakahara, K., Ito, Y., Okumoto, Y., ... Doi, T. (2009). Risk factors for chronic kidney disease in Japan: a community-based study. *BMC Nephrology, 10*, 34. doi:10.1186/1471-2369-10-34
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? [Supplement 1]. *Journal of Health and Social Behavior, 35*, 53-79.
- Thomas, C. V., & Alchieri, J. C. (2005). Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. *Avaliação Psicológica, 4*(1), 57-64.
- Torres, A. S., Castillo, M. M. A., & García, K. S. L. (2009). Prevalência de consumo de álcool em personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, 5*(2), 1-3. Recuperado de <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>
- Tsai, J. C., Chen, S. C., Hwang, S. J., Chang, J. M., Lin, M. Y., Chen, H. C. (2010). Prevalence and Risk Factors for CKD in Spouses and Relatives of Hemodialysis Patients. *American Journal of Kidney Diseases, 55*, 856-866. doi: 10.1053/j.ajkd.2009.12.021
- Valcanti, C. C., Chaves, E. C. L., Mesquita, A. C. et al. (2012). Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista da Escola de enfermagem da USP, 46*, 838-45. doi:10.1590/S0080-62342012000400008
- Veenstra, M. Y., Lemmens, P. H., Friesema, I. H., Garretsen, H. F., Knottnerus, J. A., & Zwietering, P. J. (2006). A literature overview of the relationship between life-events and alcohol use in the general population. *Alcohol & Alcoholism, 41*(4), 455-463.
- Vupputuri, S., & Sandler, D. P. (2002). Lifestyle risk factors and chronic kidney disease. *Annals of Epidemiology, 13*(10), 712-720.
- Webb, J. R., Robinson, E. A. R., & Brower, K. J. (2011). Mental Health, Not Social Support, Mediates the Forgiveness-Alcohol Outcome Relationship. *Psychology of Addictive Behaviors, 25*, 462-473. doi:10.1037/a0022502
- White, S. L., Polkinghorne, K. R., Cass, A., Shaw, J. E., Atkins, R. C., & Chadban, J. (2009). Alcohol consumption and 5-year onset of chronic kidney disease: the AusDiab study. *Nephrology, Dialysis, Transplantation, 24*, 2464-2472. doi:10.1093/ndt/gfp114
- Wolle, C. C., Sanches, M., Zilberman, M. L., Caetano, R., Zaleski, M., Laranjeira, R. R., & Pinsky, I. (2011). Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 33*(4), 367-373.

- World Health Organization [WHO]. (2009). *2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva, CH: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010: description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants*. Geneva, CH: WHO.
- Wuerth, D., Finkelstein, S. H. & Finkelstein, F. O. (2007). Psychosocial assessment of th patient on chronic peritoneal dialysis: an overview. *Advances in chronic kidney disease, 14*(4), 353-357.
- Ye, X. Q., Chen, W. Q., Lin, J. X., Wang, R. P., Zhang, Z. H., Yang, X., & Yu, X. Q. (2008). Effect of social support on psychological-stress-induced anxiety and depressive symptoms in patients receiving peritoneal dialysis. *Journal of Psychossomatic Research, 65*,157-164. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.04.007
- Yeh, S-C. J., & Chou, H-C. (2007). Coping Strategies and Stressors in Patients with Hemodialisys. *Psychosomatic Medicine, 69*, 182-190. doi:10.1097/PSY.0b013e318031cdcc
- Yu, H. D., & Petrini, M. A. (2010). The HRQoL of clinese patients undergoing hemodialysis. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 658-665. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03071.x
- Zimmermann, P. R., Carvalho, J. O., & Mari, J. J. (2004). Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 26*, 312-318. doi:10.1590/S0101-81082004000300008

## **APÊNDICES**

## Apêndice A – Questionário sociodemográfico e clínico

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Nº Prontuário:** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Telefone de Contato:** \_\_\_\_\_

**Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Sexo:** ( ) F ( ) M

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Cor da pele:** ( ) branca ( ) parda ( ) negra ( ) amarela

**Renda pessoal:**

( ) menor que 1 salário mínimo

( ) de 3 até 6 salários mínimos

( ) 1 salário mínimo

( ) de 6 até 10 salários mínimos

( ) de 1 a 3 salários mínimos

( ) mais de 10 salários mínimos

**Religião:**

( ) evangélica/protestantes

( ) católica

( ) exotéricas (Rosa Cruz, maçonaria, logosofia, etc.)

( ) espírita

( ) cultos afro-rasileiros (Umbanda, Candomblé, etc.)

( ) não tem religião

( ) outra religião. Qual? \_\_\_\_\_

**Estado civil:** ( ) solteiro

( ) casado/amigado

( ) separado

( ) viúvo

**Situação ocupacional:**

( ) estudante

( ) estudante e empregado

( ) empregado

( ) aposentado por invalidez

( ) aposentado por tempo de serviço

( ) desempregado. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

**Escolaridade:**

( ) fundamental incompleto. Até que série estudou? \_\_\_\_\_

( ) fundamental completo

( ) médio incompleto. Até que série estudou? \_\_\_\_\_

( ) médio completo

( ) superior incompleto

( ) superior completo

( ) analfabeto

( ) pós-graduação

**Estágio da doença:**

Pré-díalise estágio ( ) 1

( ) 2

( ) 3

( ) 4

( ) 5

( ) Hemodiálise

( ) Transplante

**Tempo de acompanhamento:** \_\_\_\_\_ meses

**Uso de psicofármacos:** ( ) sim

( ) não

**Se sim, quais?**

Antidepressivo

( ) sim ( ) não

Ansiolítico

( ) sim ( ) não

Outros

( ) sim ( ) não

**Comorbidades:**

HA-Hipertensão arterial	( ) sim	( ) não
DM-Diabetes Melitus	( ) sim	( ) não
Hepatite	( ) sim	( ) não
Tabagismo	( ) sim	( ) não
Hipotireodismo	( ) sim	( ) não
DVP-Doença Vascular Periférica	( ) sim	( ) não
DxCO-Coença Coronariana	( ) sim	( ) não
Nefrectomia	( ) sim	( ) não
AVC	( ) sim	( ) não

## Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
 Pesquisadora Responsável: Rosimeire Aparecida Neto Dias Villela  
 ENDEREÇO: UNIDADE SANTA CATARINA - RUA CATULO BEVIGLIERE, S/N - SANTA CATARINA  
 CEP:36036-110 – JUIZ DE FORA – MG  
 FONE: (32) 4009 5203/4009 5368  
 E-mail: rosimeireneto@ig.com.br

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada como voluntário (a) a participar da pesquisa “**Relação entre padrão de uso de álcool e saúde mental em pacientes com doença renal crônica**”. Este estudo tem como objetivo principal investigar o uso de álcool e aspectos cognitivos e sociais em pacientes renais crônicos.

Ao participar desse estudo, você contribuirá para o conhecimento na área e para que possamos pensar em intervenções psicológicas, sendo que a sua participação implicará em risco mínimo à sua integridade. Você irá responder a um questionário anônimo e a instrumentos que avaliam como você enfrenta sua doença, se você considera possuir apoio por parte de sua família e amigos, além de questionários com perguntas sobre se você usa ou não álcool. Todas as informações serão tratadas sob caráter absolutamente confidencial e não irão interferir no seu tratamento na instituição.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável no Niepen e a outra será fornecida a você.

Eu \_\_\_\_\_ portador do documento de identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo “**Relação entre padrão de uso de álcool, saúde mental em pacientes com doença renal crônica**” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
 Rosimeire Aparecida Neto Dias Villela (responsável pela pesquisa)

\_\_\_\_\_  
 Testemunha 1

Em caso de dúvidas a respeito dos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFJF  
 Rua Catulo Brevigueri, s/n, Bairro Santa Catarina  
 CEP.36036-110 Tel: 4009- 5205

**Apêndice C – Outros resultados demonstrados nas Tabelas 1 e 2**

**Tabela 1.** Dados clínicos, de acordo com grupos de tratamento (n = 150).  
Resultados expressos em %

Variáveis	Grupos de Tratamento							
	Transplante		Hemodiálise		Conservador		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Psicofármacos</i>								
Sim	7	14,0	17	34,0	18	36,0	42	28,0
Não	43	86,0	33	66,0	32	64,0	108	72,0
<i>Antidepressivo</i>								
Sim	1	2,0	4	8,0	7	14,0	12	8,0
Não	49	98,0	46	92,0	43	86,0	138	92,0
<i>Ansiolítico</i>								
Sim	7	14,0	12	24,0	10	20,0	29	19,3
Não	43	86,0	38	76,0	40	80,0	121	80,7
<i>Hipertensão Arterial</i>								
Sim	34	68,0	40	80,0	45	90,0	119	79,3
Não	16	32,0	10	20,0	5	10,0	31	20,7
<i>Diabetes Mellitus</i>								
Sim	8	16,0	14	28,0	20	40,0	42	28,0
Não	42	84,0	36	72,0	30	60,0	108	72,0
<i>Hepatite</i>								
Sim	2	4,0	5	10,0	2	4,0	9	6,0
Não	48	96,0	45	90,0	48	96,0	141	94,0
<i>Tabagismo</i>								
Sim	3	6,0	7	14,0	5	10,0	15	10,0
Não	47	94,0	43	86,0	45	90,0	135	90,0
<i>Hipotiroidismo</i>								
Sim	2	4,0	8	16,0	4	8,0	14	9,3
Não	48	96,0	42	84,0	46	92,0	136	90,7
<i>Doença Vascular Periférica</i>								
Sim	4	8,0	7	14,0	9	18,0	20	13,3
Não	46	92,0	43	86,0	41	82,0	130	86,7
<i>Doença Coronariana</i>								
Sim	6	12,0	10	20,0	17	34,0	33	22,0
Não	44	88,0	40	80,0	33	66,0	117	78,0
<i>Nefrectomia</i>								
Sim	6	12,0	3	6,0	2	4,0	11	7,3
Não	44	88,0	47	94,0	48	96,0	139	92,7
<i>Acidente Vascular Cerebral</i>								
Sim	5	10,0	3	6,0	3	6,0	11	7,3
Não	45	90,0	47	94,0	47	94,0	139	92,7

**Tabela 2.** Grupos de Tratamento, de acordo com a EPSS e IEE (n = 150)

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>MD</b>	<b>Max.</b>	<b>Min.</b>	<b>p</b>
<i>Suporte Emocional</i>							0,003
Conservador	50	3,5	0,48	3,6	4	2	
Hemodiálise	50	3,5	0,71	3,8	4	1	
Transplante	50	3,2	0,65	3,3	4	1	
<i>Suporte Prático</i>							0,018
Conservador	50	3,1	0,50	3,1	4	2	
Hemodiálise	50	3,1	0,68	3,3	4	1	
Transplante	50	2,8	0,64	2,7	4	2	
<i>Confronto</i>							0,340
Conservador	50	0,8	0,47	0,8	2	0	
Hemodiálise	50	0,9	0,56	0,8	3	0	
Transplante	50	0,7	0,61	0,7	3	0	
<i>Afastamento</i>							< 0,001
Conservador	50	1,1	0,60	1,1	2	0	
Hemodiálise	50	1,3	0,53	1,2	2	0	
Transplante	50	0,8	0,52	0,7	2	0	
<i>Autocontrole</i>							0,076
Conservador	50	1,6	0,54	1,6	3	0	
Hemodiálise	50	1,6	0,48	1,6	2	0	
Transplante	50	1,3	0,66	1,3	3	0	
<i>Suporte Social</i>							0,237
Conservador	50	1,6	0,63	1,7	3	0	
Hemodiálise	50	1,7	0,68	1,8	3	0	
Transplante	50	1,8	0,65	1,8	3	0	
<i>Aceitação de Responsabilidade</i>							0,318
Conservador	50	1,2	0,61	1,3	3	0	
Hemodiálise	50	1,2	0,61	1,0	3	0	
Transplante	50	1,1	0,67	0,9	3	0	
<i>Fuga-esquiva</i>							0,064
Conservador	50	1,6	0,98	1,5	3	0	
Hemodiálise	50	2,0	0,85	2,3	3	0	
Transplante	50	1,8	0,97	2,0	3	0	
<i>Resolução de Problemas</i>							0,060
Conservador	50	1,9	0,79	2,0	3	1	
Hemodiálise	50	2,2	0,69	2,3	3	0	
Transplante	50	1,9	0,69	2,0	3	0	
<i>Reavaliação Positiva</i>							0,120
Conservador	50	1,7	0,60	1,8	3	1	
Hemodiálise	50	1,8	0,54	1,8	3	1	
Transplante	50	2,0	0,61	2,0	3	0	

**Fonte:** Dados da pesquisa

**Legenda:** Max: Maximun; Min: Minimum

**Notas:** \**Teste de Kruskal Wallis*

$\chi^2 < 0,05$  para diferença estatística significativa

## **ANEXOS**

## Anexo A – AUDIT: Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool

Agora vou fazer umas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos doze meses, é importante para nós que sua resposta seja sincera.

<p><b>1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?</b>            (0) Nunca [vá para as questões 9-10]            (1) Mensalmente ou menos            (2) De 2 a 4 vezes por mês            (3) De 2 a 3 vezes por semana            (4) 4 ou mais vezes por semana</p> <input type="text"/>	<p><b>6. Quantas vezes, ao longo dos últimos doze meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</b>            (0) Nunca            (1) Menos do que uma vez ao mês            (2) Mensalmente            (3) Semanalmente            (4) todos ou quase todos os dias</p> <input type="text"/>
<p><b>2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?</b>            (0) 1 ou 2            (1) 3 ou 4            (2) 5 ou 6            (3) 7, 8 ou 9            (4) 10 ou mais</p> <input type="text"/>	<p><b>7. Quantas vezes, ao longo dos últimos doze meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</b>            (0) Nunca            (1) Menos do que uma vez ao mês            (2) Mensalmente            (3) Semanalmente            (4) todos ou quase todos os dias</p> <input type="text"/>
<p><b>3. Com que frequência você toma “cinco ou mais doses” de uma vez</b>            (0) Nunca            (1) Menos do que uma vez ao mês            (2) Mensalmente            (3) Semanalmente            (4) todos ou quase todos os dias</p> <input type="text"/>	<p><b>8. Quantas vezes, ao longo dos últimos doze meses, você foi incapaz de lembrar do que aconteceu devido à bebida?</b>            (0) Nunca            (1) Menos do que uma vez ao mês            (2) Mensalmente            (3) Semanalmente            (4) todos ou quase todos os dias</p> <input type="text"/>
<p><b>4. Quantas vezes, ao longo dos últimos doze meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</b>            (0) Nunca            (1) Menos do que uma vez ao mês            (2) Mensalmente            (3) Semanalmente            (4) todos ou quase todos os dias</p> <input type="text"/>	<p><b>9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</b>            (0) Não            (1) Sim, mas não nos últimos 12 meses            (2) sim, nos últimos 12 meses</p> <input type="text"/>
<p><b>5. Quantas vezes, ao longo dos últimos doze meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</b>            (0) Nunca            (1) Menos do que uma vez ao mês            (2) Mensalmente            (3) Semanalmente            (4) todos ou quase todos os dias</p> <input type="text"/>	<p><b>10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</b>            (0) Não            (1) Sim, mas não nos últimos 12 meses            (2) sim, nos últimos 12 meses</p> <input type="text"/>
<p>Anote aqui o resultado: <math>\frac{\quad}{Q1} + \frac{\quad}{Q2} + \frac{\quad}{Q3} + \frac{\quad}{Q4} + \frac{\quad}{Q5} + \frac{\quad}{Q6} + \frac{\quad}{Q7} + \frac{\quad}{Q8} + \frac{\quad}{Q9} + \frac{\quad}{Q10} =</math></p> <input type="text"/>	

### Equivalências de Dose Padrão

**CERVEJA:** 1 copo (de chope- 350 ml), 1 lata = 1 dose ou 1 garrafa – 2 “DOSES” –

**VINHO :** 1 COPO COMUM (250 ML) = 2 “DOSES” ou 1 garrafa = 8 “DOSES” –

**CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE:** “meio copo americano” (60 ml) = 1,5 “DOSES” –

**UÍSQUE, RUM, LICOR, etc:** 1 “dose de dosador” (40 ml) – 1 “DOSE”

**Anexo B – Inventário de estratégias de enfrentamento de Folkman e Lazarus (1985),  
adaptado para o português por Savóia et al. (1996)**

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada o que você fez na situação

0 não usei essa estratégia

1 usei um pouco

2 usei bastante

3 usei em grande quantidade

1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar – a melhor coisa que poderia fazer era esperar – o tempo é o melhor remédio	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa	0	1	2	3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas ideias	0	1	2	3
8. Conversei com outra(s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9. Critiquei-me, repreendi-me.	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
14. Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos	0	1	2	3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal	0	1	2	3
17. Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas	0	1	2	3
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a sentir	0	1	2	3
20. Inspirou-me a fazer algo criativo	0	1	2	3
21. Procurei a situação desagradável	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação e o segui	0	1	2	3
27. Tirei o melhor da situação, o que não era esperado	0	1	2	3
28. De alguma forma extravasei os meus sentimentos	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim	0	1	2	3
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema	0	1	2	3

32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação	0	1	2	3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
35. Procurei não fazer nada apressadamente, ou seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
36. Encontrei novas crenças	0	1	2	3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral	0	1	2	3
41. Não deixei me impressionar, recusava-me a pensar muito sobre essa situação	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação	0	1	2	3
44. Minimizei a situação recusando-me a me preocupar seriamente com ela	0	1	2	3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo	0	1	2	3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria	0	1	2	3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa (s)	0	1	2	3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar	0	1	2	3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário	0	1	2	3
50. Recusei a acreditar que aquilo estava acontecendo	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes da próxima vez	0	1	2	3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito	0	1	2	3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo	0	1	2	3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como me senti	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma	0	1	2	3
57. Sonhava acordado (a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava	0	1	2	3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse	0	1	2	3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam	0	1	2	3
60. Rezei	0	1	2	3
61. Preparei-me para o pior	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer	0	1	2	3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e a tomei como modelo	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa	0	1	2	3
65. Eu disse a mim mesmo (a) que as coisas poderiam ter sido piores	0	1	2	3
66. Corri, ou fiz exercícios	0	1	2	3

### Anexo C – Escala de percepção de suporte social (Siqueira, 2008)

**Gostaríamos de saber com que FREQUÊNCIA você recebe apoio de outra pessoa quando precisa.** Dê suas respostas anotando nos parênteses que antecedem cada frase, o número (de 1 a 4), que melhor representa sua resposta, de acordo com a escala abaixo:

1= NUNCA

2= POUCAS VEZES

3= MUITAS VEZES

4= SEMPRE

#### **QUANDO PRECISO, POSSO CONTAR COM ALGUÉM QUE...**

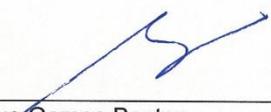
1. ( ) Ajuda-me com minha medicação se estou doente
2. ( ) Dá sugestões de lugares para eu me divertir
3. ( ) Ajuda-me a resolver um problema prático
4. ( ) Comemora comigo minhas alegrias e realizações
5. ( ) Dá sugestões sobre cuidados com minha saúde
6. ( ) Compreende minhas dificuldades
7. ( ) Consola-me se estou triste
8. ( ) Sugere fontes para eu me atualizar
9. ( ) Conversa comigo sobre meus relacionamentos afetivos
10. ( ) Dá atenção às minhas crises emocionais
11. ( ) Dá sugestões sobre algo que quero comprar
12. ( ) Emprста-me algo de que preciso
13. ( ) Dá sugestões sobre viagens que quero fazer
14. ( ) Demonstra carinho por mim
15. ( ) Emprста-me dinheiro
16. ( ) Esclarece minhas dúvidas
17. ( ) Está ao meu lado em qualquer situação
18. ( ) Dá sugestões sobre meu futuro
19. ( ) Ajuda-me na execução de tarefas
20. ( ) Faz-me sentir valorizado como pessoa
21. ( ) Fornece-me alimentação quando preciso
22. ( ) Leva-me a algum lugar que eu preciso ir
23. ( ) Orienta minhas decisões
24. ( ) Ouve com atenção meus problemas pessoais
25. ( ) Dá sugestões sobre oportunidades de emprego para mim
26. ( ) Preocupa-se comigo
27. ( ) Substitui-me em tarefas que não posso realizar no momento
28. ( ) Dá sugestões sobre profissionais para ajudar-me
29. ( ) Toma conta de minha casa em minha ausência

**Anexo D – Termo de concordância do Núcleo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisa e Tratamento em Nefrologia/Fundação Imepen**

**CARTA DE CONCORDÂNCIA**

Declaro que eu, Marcus Gomes Bastos, como Diretor do Núcleo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisa e Tratamento em Nefrologia/ Fundação IMEPEN, estou ciente dos aspectos científicos e éticos da pesquisa intitulada **Relação entre padrão de uso de álcool e saúde mental em pacientes com doença renal crônica**", elaborada pela pesquisadora Rosimeire Aparecida Neto Dias Villela, e concordo que os procedimentos sejam realizados nas dependências da instituição acima citada (ambulatórios de doença renal crônica, hemodiálise e transplante renal) e com os usuários por ela atendidos, uma vez que a mesma possui infra-estrutura para a realização do estudo.

Juiz de Fora, 10 de Fevereiro de 2012.

  
\_\_\_\_\_  
Marcus Gomes Bastos

Diretor Núcleo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisa e Tratamento em  
Nefrologia

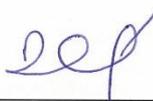
*D. Marcus G. Bastos*  
- NEFROLOGIA -  
CRM-MG 9931-7-1

**Anexo E – Termo de concordância do ambulatório de transplante renal do Núcleo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisa e Tratamento em Nefrologia/Fundação Imepen**

**CARTA DE CONCORDÂNCIA**

Declaro que eu, Helady Sanders Pinheiro, como responsável do ambulatório de Transplante Renal do Núcleo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisa e Tratamento em Nefrologia/ Fundação IMEPEN, estou ciente dos aspectos científicos e éticos da pesquisa intitulada **Relação entre padrão de uso de álcool e saúde mental em pacientes com doença renal crônica**”, elaborada pela pesquisadora Rosimeire Aparecida Neto Dias Villela, e concordo que os procedimentos sejam realizados neste ambulatório e com os usuários por ele atendidos.

Juiz de Fora, 10 de Fevereiro de 2012.



\_\_\_\_\_  
Helady Sanders Pinheiro

Dr<sup>a</sup>. Helady Sanders  
Médica  
CRM 30.067

Núcleo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisa e Tratamento em Nefrologia

**Anexo F – Termo de concordância do ambulatório de nefrologia do HU/UFJF**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
RUA CATULO BREVIGLIERE, S/Nº  
36036-110 – JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

**DECLARAÇÃO**

Declaro eu, Prof. Dr Dimas Carvalho Augusto de Araújo, Diretor Geral do Hospital Universitário da UFJF, que estou ciente dos aspectos científicos e éticos da pesquisa intitulada **“Relação entre padrão de uso de álcool e saúde Mental em pacientes com Doença Renal Crônica”**, que tem como objetivo **avaliar a associação do uso de álcool com aspectos sociais e cognitivos relacionados à saúde mental de pacientes renais crônicos em diferentes estágios da doença. A referida pesquisa é** elaborada pela pesquisadora ROSIMEIRE APARECIDA NETO DIAS VILLELA, e concordo que os procedimentos sejam realizados no Ambulatório de Nefrologia do HU/UFJF e com os usuários por ele atendidos.

O pesquisador responsável da pesquisa se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos pacientes com Doença Renal Crônica garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 07 de dezembro de 2012.

  
Prof. Dr. Dimas Augusto C. de Araújo  
Diretor Geral do HU/UFJF

**Anexo G – Termo de concordância Centro de Tratamento de Doenças Renais (CTDR)****CARTA DE CONCORDÂNCIA**

Declaro eu, *Dr. Gustavo Fernandes Ferreira*, como responsável pelo ambulatório de Transplante Renal do Centro de Tratamento de Doenças Renais (CTDR), que estou ciente dos aspectos científicos e éticos da pesquisa intitulada "*Relação entre padrão de uso de álcool e saúde Mental em pacientes com doença renal crônica*", elaborada pela pesquisadora ROSIMEIRE APARECIDA NETO DIAS VILLELA, e concordo que os procedimentos sejam realizados neste ambulatório (transplante e hemodiálise) e com os usuários por ele atendidos, uma vez que a mesma possui infra-estrutura para a realização do estudo.

O pesquisador responsável da pesquisa se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos pacientes com Doença Renal Crônica garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

**Juiz de Fora, 01 de julho de 2013.**



Gustavo Fernandes Ferreira

Centro de Tratamento de Doenças Renais

## Anexo H – Parecer Consubstanciado do Comitê e Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Relação entre padrão de uso de álcool e saúde mental em pacientes com Doença Renal Crônica

**Pesquisador:** ROSIMEIRE APARECIDA NETO DIAS VILLELA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 02774113.0.0000.5147

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF (Hospital Universitário da

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 201.795

**Data da Relatoria:** 21/02/2013

#### Apresentação do Projeto:

- Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

#### Objetivo da Pesquisa:

- Os objetivos estão claros e são passíveis de serem executados.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos e benefícios estão bem caracterizados.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Metodologia pertinente e bem escrita.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- O projeto está em configuração adequada.

#### Recomendações:

- Recomendo escrever no TCLE a mesma frase do objetivo que consta no texto.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG



**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- Diante do exposto e de acordo com as atribuições definidas na Res.CNS 196/96, manifesto pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 21 de Fevereiro de 2013

Assinador por:  
Paulo Cortes Gago  
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

## Anexo I – Comprovante de submissão do artigo *Avaliação dos Padrões de Uso de Álcool em Pacientes com Doença Renal Crônica* à Revista Brasileira de Epidemiologia

17/12/13

Submissões Ativas



### Revista Brasileira de Epidemiologia

[PÁGINA INICIAL](#)   [SOBRE](#)   [PÁGINA DO USUÁRIO](#)

[Página inicial](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > [Submissões Ativas](#)

### Submissões Ativas

ATIVO		ARQUIVO				
ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO	
RBEPID-2571	12-17	ART	Villela, Martins, Ronzani, Grincenkov	<a href="#">AVALIAÇÃO DOS PADRÕES DE USO DE ÁLCOOL EM PACIENTES...</a>	Aguardando designação	

1 a 1 de 1 itens

**Iniciar nova submissão**  
[CLIQUE AQUI](#) para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

#### USUÁRIO

Logado como:  
rosimeireneto

[Meus periódicos](#)  
[Perfil](#)  
[Sair do sistema](#)

#### AUTOR

Submissões

[Ativo \(1\)](#)  
[Arquivo \(0\)](#)  
[Nova submissão](#)

#### IDIOMA

Português (Brasil) ▾

ISSN: 1809-4503