

OMNIA

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)
www.fai.com.br

SASSO, Rute Natália; VERONEZ, Fúlvia de Souza. Compreensão psicológica de pessoas dependentes de tratamento hemodialítico. *Omnia Saúde*, v.8, supl., p.01-11, 2011.

COMPREENSÃO PSICOLÓGICA DE PESSOAS DEPENDENTES DE TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

PSYCHOLOGICAL UNDERSTANDING OF PEOPLE DEPENDENT ON HEMODIALYSIS.

Rute Natália Sasso

Psicóloga (UNIFADRA)
Especialista em Psicologia da Saúde (FAI)

Fúlvia de Souza Veronez

Psicóloga (USC)
Doutora em Ciências da Reabilitação (HRAC/USP)

RESUMO

As modificações comportamentais e de estilo de vida advindas com o início do tratamento dialítico, são notáveis. As variadas formas de Insuficiência Renal Crônica como a função renal normal sem lesão renal, lesão com funcionamento renal normal, fase de insuficiência renal funcional ou leve, laboratorial ou moderada, crônica ou severa exigem adequações no eixo familiar e social. Kubler Ross relata como é difícil para o paciente encarar a morte e identifica as fases pelas quais o sujeito pode passar. Os objetivos deste estudo foram apresentar um relato de experiência em Psicologia da Saúde no setor de hemodiálise de um hospital geral. Participaram 11 sujeitos submetidos a tratamento hemodialítico três vezes por semana. Em seus relatos foram identificadas as fases de negação (18%), raiva (27%), barganha (9%), depressão (36%), aceitação (18%) e esperança (64%). Observa-se a relevância da participação do profissional da psicologia no acompanhamento constante destes pacientes, o que não ocorria no momento da pesquisa.

Palavras-chave: Hemodiálise, Psicologia da Saúde, Insuficiência Renal

ABSTRACT

The behavioral changes resulting life style with the onset of dialysis, are remarkable. The various forms of chronic renal failure and normal renal function without renal lesion, lesion with normal renal function, phase function or mild, moderate or laboratory, or chronic severe renal insufficiency require adjustments in family and social domain. The

objectives of this study were to present an experience report in Health Psychology in the hemodialysis unit of a general hospital. Eleven subjects undergoing hemodialysis three times a week composed the study. In his reports were identified the phases that Kübler-Ross describes. We emphasize the importance of psychology in constant monitoring of these patients.

Key words: Hemodialysis; Health Psychology; Renal Insufficiency

INTRODUÇÃO

Com base em pesquisa da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012) o número de unidades de diálise no Brasil é de 651, sendo que o total de pacientes em tratamento no ano de 2012 foi de 97.582. Doença renal crônica é interpretada pela falência dos rins de forma gradual e irrecuperável, que envolve diversos fatores. Pode ser tratada, mas sem cura e com alto nível de morbidade e mortalidade (Frazão, Ramos e Lira, 2011).

O rim é o órgão principal do aparelho urinário, é responsável pelas seguintes funções no organismo: Eliminação de toxinas do sangue por um sistema de filtração, regulação da formação do sangue e da produção dos glóbulos vermelhos, regulação sanguínea, controle do delicado balanço químico e de líquido do corpo (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2011).

Segundo Freitas e Cosmo (2010) o comprometimento do rim pode acontecer de forma lenta, rápida ou progressiva até seu agravamento e perda total. Além do indivíduo conviver com o fato da doença incurável, há também o tratamento que muitas vezes é doloroso, além de ser de longa duração, provocando alterações e limitações, causando um enorme abalo em sua vida dos familiares e amigos. (Lima e Gualda, 2001)

Segundo Queiroz (2008, apud Cuker, 2010), são muitas as alterações que ocorrem na vida do paciente, e elas são incômodas e contínuas. Muitas vezes esses pacientes se sentem excluídos por terem que passar pelo tratamento, que requer, além do tratamento dialítico, uso de medicamentos contínuos, redução da ingestão hídrica, mudança na alimentação, que tornam o paciente insatisfeito consigo, pois até três vezes na semana ele passa a fazer as sessões de hemodiálise durante um período de 4 horas.

Segundo Barbosa e Valadares (2009) muitas mudanças na vida do portador de doença crônica, estão relacionados às atividades físicas uso de medicação e necessidade do uso dos aparelhos e ajuda das pessoas, pois será um novo modo de viver que ele terá que adaptar-se.

Silva (2011) destaca as mudanças no estilo de vida causadas pela insuficiência renal crônica e pelo tratamento dialítico como: limitações físicas, sexuais, psicológicas, familiares e sociais, que podem afetar a qualidade de vida. Esses pacientes apresentam sentimentos negativos, medo do prognóstico, da incapacidade da dependência econômica e alteração da auto-imagem, mas também reconhecem a importância do tratamento que possibilita a espera de um transplante.

Segundo Barros (2004, apud Pascoal, 2009) pode ocorrer sintomas como: perda de interesse nas atividades, dificuldade de atenção e relaxamento, perda ou diminuição da

energia vital, falta de ar, hemorragia digestiva, hálito urêmico (leve odor de urina), enjôos, vômitos, anemia, edema dos membros inferiores, alterações do paladar, hipertensão arterial, etc.

Toda a rotina do paciente é alterada, pois além de alimentação rigorosa são necessárias restrições líquidas, além de uso de medicamentos e prejuízo do rendimento físico. (Rodrigues, Lima e Amorim, 2004 apud Pascoal, 2009).

Barbosa e Valadares (2009) falam sobre a importância de estimular a capacidade do paciente para adaptar-se de maneira positiva ao novo estilo de vida, assumindo assim o controle do tratamento, colocando saúde e doença como parte de um único processo e não elementos opostos.

Cuker (2010) relata algumas fases da doença renal de acordo com a gravidade e do valor que a função renal está atuando no organismo: São as seis, função renal normal sem lesão renal, lesão com funcionamento renal normal, fase de insuficiência renal funcional ou leve, laboratorial ou moderada, crônica ou severa. Na doença renal crônica é o estágio terminal, na qual o paciente precisará de tratamentos adequados e sistemáticos, se utilizando de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou os transplantes.

Para os pacientes que chegam à fase terminal, Kubler-Ross (2001) relata que muitas são as razões por não se encarar a morte, uma delas é que nos dias atuais morrer além de solitário é desumano, pois o paciente é retirado às pressas para a sala de emergência e retirado do seu ambiente familiar.

Para Kubler-Ross (2001) a morte é vista como algo trágico. A autora fala sobre cinco estágios no qual o paciente enfrenta, onde se conscientiza da sua condição. “Primeiro estágio negação ou isolamento, segundo a autora quando o paciente toma conhecimento de sua fase terminal, ele reage como se isso não estivesse acontecendo com ele.” Não, eu não, isso não pode ser verdade. É a frase tão comunicadas por eles. Segundo estágio é o da raiva, de revolta por ter sido escolhido de inveja pelos que estão sadios e ressentimento, a pergunta que surge é o Porquê eu? Isso não é justo! Terceiro estágio é o da barganha é uma tentativa de negociar a sua morte, algo que adie ou pelo menos prolongue, através de promessas e orações. Quarto estágio é o da depressão nessa fase o paciente toma consciência de sua debilidade física e já não nega sua condição de doente. Lamenta-se das coisas do passado, sente triste sem esperanças.

Quinto e ultimo estágio é a aceitação nesse ultimo estágio se o paciente foi acolhido, entendido, recebeu ajuda, ele vai atingir a aceitação:

“Nele, não haverá mais raiva, nem depressão, pois se entende que ele já foi ouvido, já entendeu sua situação, já não pode mais ir contra seu destino. Todo o sentimento supõe-se que já externalizou, então agora só apresenta expectativas.

Não significa ser certo tipo de felicidade, mas uma fuga de sentimentos. Geralmente o paciente quer ficar só, sem conversar, o que deve ser respeitado. Há pacientes em que este tipo de estágio não ocorre, devido a não aceitação da doença, então eles começam a lutar e se debaterem e a se agarrarem a esperança” (KÜBLER-ROSS, 2001 p. 126.127).

Segundo a autora, quando os pacientes passam por estas fases a única coisa que ainda persiste é a esperança, até os que estão em estados mais graves, sempre mostram que

sentem uma esperança, que algo possa acontecer, alguma descoberta que possa mudar suas situações. É a esperança que mantêm os dias, meses e anos de cada paciente.

Por outro lado, a expectativa de sobrevida em tratamento dialítico pode superar os vinte anos. O exercício de manter os cuidados necessários e as terapêuticas associadas prolonga o tempo de vida e pode proporcionar uma vida de qualidade.

Antigamente a hemodiálise tinha apenas como objetivo evitar a morte, mais nos dias atuais além de reversão dos sintomas uréticos, o tratamento busca ao longo prazo a diminuição das complicações, diminuição do risco de mortalidade, melhoria da qualidade de vida e ainda a reintegração social do paciente (Frazão, Ramos e Lira, 2011).

OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar um relato de experiência em Psicologia da Saúde no setor de hemodiálise de um hospital geral. Buscou-se oferecer escuta acolhendo os pacientes e conhecer particularidades de cada caso, identificar a presença das fases do processo do morrer descritas por Elizabeth Kübler-Ross (2001), e ainda entender quais são os recursos e estratégias que cada paciente usa para enfrentamento da doença.

METODOLOGIA

O estudo caracterizou-se por ser descritivo realizado na Santa Casa de Adamantina (SP) no setor de hemodiálise. A unidade é pequena e funciona diariamente em três períodos para atender a demanda. Conta com equipe de enfermagem e intensivistas, mas não tem a presença efetiva da psicologia, visto todo o hospital ter apenas uma psicóloga hospitalar. Familiares e acompanhantes ficam do lado de fora aguardando a terapia.

Foram convidados a participar da pesquisa, 15 pessoas que faziam tratamento hemodialítico. São homens e mulheres adultos e idosos com diversas origens da doença, como explicitado nos resultados. Destaca-se que quatro pacientes não participaram da pesquisa diretamente, pois dois já estavam bem debilitados, quase sem interação com as pessoas, fracos fisicamente, já perderam muito peso, e quando se comunicavam era através de um sorriso ou uma fala onde a voz quase nem aparece. Os outros dois pacientes estão melhores fisicamente, mas mantiveram distância. A pesquisa foi então conduzida com 11 sujeitos, após o consentimento leve dos mesmos.

Foram realizados encontros semanais com duração de 2 horas cada encontro, todas as terças-feiras à tarde. A cada encontro, era realizado um trabalho de escuta participativa com os sujeitos. Para se atingir os objetivos propostos, o estudo contou ainda com levantamento bibliográfico, observação, levantamento do histórico de cada paciente através de seus prontuários, e entrevistas abertas. Foi aplicado um questionário, desenvolvido pela própria pesquisadora, com base na literatura a fim de identificar o posicionamento dos sujeitos, frente aos estágios evolutivos de Kübler-Ross (2001). De posse dos dados antes foram submetidos a análise e posterior discussão, com base na literatura a luz da medicina comportamental.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela a seguir apresenta alguns resultados da pesquisa. Percebe-se uma maior prevalência no sexo masculino e entre as idades de 42 a 60 anos, sendo o diagnóstico de maior predominância a hipertensão, destacando que pelo menos seis pacientes têm mais de um diagnóstico. Sendo a maioria casados, com o tempo de tratamento de 1 a 3 anos, morando fora de Adamantina. Como descrito no quadro 1, 67% são homens sendo apenas 33% mulheres, Segundo o Censo (Sociedade Brasileira de Nefropatia, 2011) o percentual de pacientes no Brasil por sexo, revelou 42,7% sexo feminino e 57,3% masculino, neste estudo a distribuição foi equivalente.

Por idade prevaleceu 40% entre a idade de 42-60 anos, e 33% de 61 a 80 anos, segundo o Censo (Sociedade Brasileira de Nefropatia, 2011) prevalece à faixa etária de 19 a 64 anos 66,9% e de 65 a 80 anos 27,2%. Pelo menos seis dos 15 assistidos tem mais de um diagnóstico, sendo que prevalecendo à hipertensão com 53% e 27% nefropatia diabética, sendo que Segundo o Censo (Sociedade Brasileira de Nefropatia, 2011) a maior causa é 35,1 hipertensão e 28,4 diabetes mellitus.

Tabela 1: Caracterização da amostra

Caracterização da amostra		N	%
Sexo	Masculino	10	67%
	Feminino	05	33%
Idade			
	31-41	02	13%
	42-60	06	40%
	61-80	05	33%
	81 +	02	13%
Diagnostico	HAS*	08	53%
	DM**	01	7%
	Nefropatia Crônica***	01	7%
	Nefropatia Diabética***	04	27%
	GNC****	03	20%
	Nefrite*****	01	7%
	Outros	03	20%
Tempo Tratamento	0-6 meses	02	13%
	6 meses-1anos	01	7%
	1ano-3anos	07	47%
	3anos-10anos	04	27%
	mais de 10 anos	01	7%
Cidade	Adamantina (SP)	04	27%
	Lucélia (SP)	03	20%
	Pacaembu (SP)	08	53%
Estado Civil	Casado (a)	10	67%
	Solteiro (a)	02	13%
	Viúvo (a)	03	20%

***HAS (Hipertensão Arterial):** é uma doença crônica determinada por elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias, o que faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos.

****DM (Diabete Mellitus):** é uma doença metabólica caracterizada por um aumento anormal do açúcar ou glicose no sangue.

*****Nefropatia:** significa lesão ou doença do rim. Muitas são as doenças ou medicações que causam lesões ou doenças renais.

******GNC (Glomerulonefrite Crônica):** são afecções que acometem o glomérulo, estrutura microscópica do rim formada por um emaranhado de capilares e que é a principal estrutura renal responsável pela filtração do sangue.

*******Nefrite:** consiste na inflamação dos rins, responsável por metade dos problemas renais.

Sempre que a pesquisadora chegava aos encontros, os pacientes já tinham iniciado a hemodiálise, vinham de suas cidades trazidas pela ambulância e entravam sempre as 12h00 e saíam as 16h00 horas.

No começo percebia-se a dificuldade de comunicação dos assistidos, permaneciam distantes e reservados, mas ao longo dos encontros, foram se estabelecendo os vínculos e os assistidos foram sentindo-se a vontade.

Muitas vezes convidavam a pesquisadora para relatar suas histórias de vida, suas alegrias e tristezas, as dores de fazer a hemodiálise, o medo e ansiedade e insegurança, sobre o que vai acontecer frente à doença e sobre as perdas que tiveram e ainda têm, pois dependem da hemodiálise e acabam não saindo muito de suas casas não tendo muito convívio social; tendo ainda que deixar de trabalhar.

Relatavam ainda sobre como se sentiam fracos fisicamente não conseguindo fazer as atividades que faziam normalmente, mudança nos hábitos alimentares e também sobre a vontade de ficar curados, relatando as fases do luto que se oscilam em diversos momentos, o como é difícil encarar a notícia de se ter que fazer hemodiálise, sobre a raiva que sentem as promessas que fazem para se curar, o quanto se sentem deprimidos tristes e sozinhos em diversos momentos, a aceitação de poucos e esperança nos discursos de todos.

Destacando que no encerramento um desses pacientes com poucas palavras enfatizou várias vezes “vamos sentir saudades, não se esqueça de nós”. Sobre o que faziam enquanto estavam na hemodiálise era ver TV que tinham no local, fazer o lanche da tarde, um dos pacientes fazia caça palavras e dormia por um longo tempo, muitas sessões eles dormiam quase o tempo todo.

O relacionamento da equipe era bem agradável relataram o carinho que tem pelas enfermeiras que sempre tem um cuidado com eles, e que lá era como uma segunda família. As enfermeiras também mostravam carinho e cuidado com os pacientes relatando só sobre o estresse e rotatividade da profissão e quanto precisavam de ajuda para lidar com essas questões.

Os pacientes ficavam incomodados com os motoristas das ambulâncias que muitas vezes demoravam a ir buscá-los, às vezes até esquecendo-se deles.

Mas o que mais os incomodava era o fato de estarem lá fazendo hemodiálise, alguns ficavam irritados, pois estavam lá “perdendo tempo” de suas vidas, quando podiam estar fazendo outras coisas, mas também reconheciam a importância da hemodiálise, pois é a continuação para suas vidas, uma segunda chance.

Segundo Barbosa e Valadares (2009) quando há características de negação da realidade vivida, o paciente pode passar a enxergar o tratamento como tortura ou perda de tempo por não verem solução à cura. Já quando havia aceitação quando os pacientes reconheciam a importância do tratamento e importância de se adequar a situação de saúde vivida e experimentam mudança de comportamento e atitudes, iniciava o processo de aceitação abandonando a visão que a hemodiálise era uma tortura passando a vê-la como salvação.

Segundo Frazão, Ramos e Lira (2011) com o avançar do tratamento dialítico as atividades regulares e o trabalho sofrem uma diminuição de tempo como consequência da saúde física comprometida.

Além de ser alterada a vida social, pois ficam limitados para viajar fazer visitas, mudando radicalmente o cotidiano, pois a agora a obrigação de ir fazer a diálise, tendo assim o paciente tendo que conviver com as perdas gerando instabilidade emocional.

Segundo os autores o novo estilo de vida do paciente gera sentimentos de medo, ansiedade, insegurança, culpa e raiva que pode gerar uma baixa auto-estima, prejudicando o tratamento. Relatam que os pacientes são conscientes que dependem dos cuidados da equipe dos medicamentos e da máquina de hemodiálise.

Um dos pacientes faleceu durante o tratamento, após só alguns meses do início da hemodiálise. Ao observar a reação dos demais usuários, diferentemente do esperado, todos lidaram com o fato de maneira mais natural do que o esperado pela pesquisadora. Sentimentos ambíguos são comuns em pessoas submetidas a tratamento dialítico. Se por um lado a hemodiálise é a possibilidade da vida, por outro realização requer mudanças de hábitos e costumes, que afetam sua vida. (Lima e Gualda 2001). Os hábitos e a acomodação de novos comportamentos são observados rapidamente.

Tabela 2: Identificações dos estágios conforme Kübler-Ross

Estágios	N	%
Negação	02	18%
Raiva	03	27%
Barganha	01	9%
Depressão	04	36%
Aceitação	02	18%
Esperança	07	64%

O quadro 2 é referente às fases que cada assistido se encontra. É interessante destacar que oito dos onze assistidos se encontram em mais de uma fase sendo a esperança a mais encontrada 7 (64%). Por mais difícil que seja a situação do paciente a esperança sempre permanece, e está presente na vida e na fala dos mesmos.

“Tem que acreditar ter esperança”

“Quem sabe não fico curado”

“Tem que lutar até o fim, acreditar”

“Tenho esperança em Deus, peço que ele me cure”

A Negação é vista em 2 (18%) os pacientes não acreditam que isto está acontecendo, lembrando que outros pacientes relataram ter negado em outros momentos da doença.

“Parece que dormi e foi um sonho”

“Quando me falaram não acreditei”

“Já pensei que fosse mentira, nunca achei que iria acontecer isso comigo”

“Pegou de surpresa, porque estou fazendo isso (hemodiálise)”

Como destaca Kübler-Ross (2001):

“A maioria dos pacientes não se serve da negação por muito tempo. Podem conversar rapidamente sobre a realidade de seu estado e, de repente, demonstrar incapacidade de continuar encarando o fato realisticamente [...] O que quero ressaltar é que em todo paciente existe, vez ou outra, a necessidade da negação, mais freqüente no começo de uma doença seria do que no fim da vida” (KÜBLER-ROSS, 2001 p.54).

Os sentimentos de Raiva foram observados em 3 (27%) dos pesquisados. Percebeu-se se através de atitudes de confronto e rebeldia vista também em outros momentos da doença.

“Sou revoltado até hoje, não aceito, a família não liga”

“Até hoje não aceito”

“Às vezes fico revoltado”

“Brigava com a medica direto, como pode isso acontecer”

“Não sei por que aconteceu isso comigo, sempre faço tudo certinho”

“Sempre fui trabalhador e honesto, nunca achei que aconteceria isso comigo”

Kubler-Ross (2001) afirma que:

“Quando não é possível manter firme o primeiro estagio de negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento. Surge lógico, uma pergunta. Por que eu. Dr. G., um dos nossos pacientes, posiciona assim a questão: Acho que qualquer um em meu lugar olharia para outra pessoa e diria: Pois é, por que não poderia ter sido ele, e isso já me passou diversas vezes pela cabeça” (KÜBLER-ROSS, 2001 p.63).

Apenas um relato, fez menção a Barganha, que é vista com menor frequência. As atitudes de barganha são notadas com apegos religiosos:

“Se, no primeiro estagio, não conseguimos enfrentar os tristes acontecimentos e nos revoltamos contra Deus e as pessoas, talvez possamos ser bem sucedidas na segunda fase entrando em algum tipo de acordo que adie o desfecho inevitável: “Se Deus decidiu levar-me deste mundo e não atendeu a meus apelos cheios de ira, talvez seja mais condescendente se eu apelar com calma” (KÜBLER-ROSS, 2001 p.95).

O estágio de Depressão é o mais encontrado entre os pacientes 4 (36%), é identificada pela falta de interesse, apatia, pacientes mais quietos, falam pouco, se sentem tristes e solitários.

“Fico angustiada, começo a chorar, fico triste.”

“Fico triste, choro”

“Às vezes fico desesperado, choro bastante”

“Tenho um sentimento de solidão, queria que minha família cuidasse mais de mim”

“Tem dia que me sinto pra baixo, fico angustiada, triste”

Kübler-Ross (2001) indica que:

“Deveriam saber que este tipo de depressão é necessário e benéfico, se o paciente tiver de morrer num estágio de aceitação e paz. Só os que conseguiram superar suas angústias e ansiedades são capazes de alcançar este estágio. Se esta angústia pudesse ser dividida com seus familiares, seria evitada muita angústia” (KÜBLER-ROSS, 2001 p.102).

A aceitação vista também em menor numero 2 (18%) surge quando o paciente sabe que chegou ao fim, que qualquer hora pode partir. Comporta-se com mais quietude e tranqüilidade.

“Faz parte da vida, tem que aceitar”

“No começo não aceitava, era difícil mais agora agradeço a Deus pelo tratamento”

Lembrando que mesmo que haja aceitação do paciente sempre haverá a esperança de que as coisas melhorem. Que pelo menos 36% passaram por todas as fases, e muitas vezes oscilavam de uma fase para outra.

“Estará cansado e bastante fraco, na maioria dos casos. Sentirá também a necessidade de cochilar, de dormir com freqüência a intervalos curtos, diferente da necessidade de dormir durante a fase da depressão. (...) É provável que só segure nossa mão, num pedido velado de que fiquemos em silêncio. Para quem não se perturba diante de quem está prestes a morrer, esses momentos de silêncio podem encerrar as comunicações mais significativas. (...) Um leve aperto de mão, um olhar, um recostar no travesseiro podem dizer mais do que muitas palavras proferidas” (KÜBLER-ROSS, 2001 p.117-118).

Após todas as modificações que são vividas pelos indivíduos que fazem a diálise, é possível observar comportamentos de adaptação e conformidade acerca do que estão vivendo. Segundo Marques (2012) a contribuição do profissional da saúde por alguém com algum tipo de doença crônica é de grande importância, sendo que os profissionais têm contato com o paciente, e podem estimular uma relação interpessoal que estimule a resiliência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade dos pacientes com hemodiálise diferencia-se pela necessidade de estar atenta aos próprios movimentos do corpo, uma dieta rigorosa e principalmente por estar “preso” ao ambiente hospitalar três vezes por semana.

Naturalmente, os sujeitos estudados manifestaram situações adaptativas ao ambiente biopsicossocial. Sugere-se aprofundamento dos estudos e permanente estada de profissional da psicologia na unidade de desenvolvimento da pesquisa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, G.S.; VALADARES, G.V. Hemodiálise: estilo de vida e a adaptação do paciente. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.22, n.spe1, p.524-527, 2009.

CUKER, G.M. *As dimensões psicológicas da doença renal crônica*. [Graduação em Psicologia]. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2010. 16p.

FRAZÃO, Q.F.M.C.; RAMOS, P.V.; LIRA, C.B.A. L. Qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista de Enfermagem UERJ*, v.19, n.4 p.577-582, 2011.

FREITAS, W.P. COSMO, P. Atuação do psicólogo em hemodiálise. *Revista SBPH*, v.13, n.1, p.19-32, 2010.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LIMA, A.F.C.; GUALDA; D.M.R. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v.35, n.3, p.235-241, 2001.

MARQUES, M. A. *Resiliência na situação de doenças crônicas*. [Graduação em Psicologia]. Centro Universitário São Jose de Itaperuna, Itaperuna, 2012. Disponível em: <http://www.fsj.edu.br/wp-content/uploads/2013/11/Resili%C3%Aancia-na-situa%C3%A7%C3%A3o-de-doen%C3%A7as-cr%C3%B4nicas.pdf> Acessado em: 06/03/2014.

PASCOAL, M. et al. A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise. *Revista SBPH*, v.12, n.2, p.02-11, 2009.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo 2011. Disponível em: http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2011_publico.pdf Acessado em: 25/01/2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo 2012. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf> Acessado em: 24/02/2014.