

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE (CCBS)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Carlene Souza Silva Manzini

**O EFEITO DA INTERVENÇÃO RELAXAMENTO, IMAGENS
MENTAIS E ESPIRITUALIDADE (RIME) SOBRE A QUALIDADE DE
VIDA E RESILIÊNCIA DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE
HEMODIÁLISE**

SÃO CARLOS- SP

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Carlene Souza Silva Manzini

**O EFEITO DA INTERVENÇÃO RELAXAMENTO, IMAGENS MENTAIS E
ESPIRITUALIDADE (RIME) SOBRE A QUALIDADE DE VIDA E RESILIÊNCIA
DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Apoio financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Orientação: Prof^a Dra. Fabiana de Souza Orlandi.

Coorientação: Prof^a Dra. Ana Catarina Araújo Elias.

SÃO CARLOS - SP

2020

Manzini, Carlene Souza Silva

O efeito da intervenção relaxamento, imagens mentais e espiritualidade (RIME) sobre a qualidade de vida e resiliência de pacientes em tratamento de hemodiálise / Carlene Souza Silva Manzini. -- 2020.

176 f. : 30 cm.

Tese (doutorado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador: Fabiana de Souza Orlandi

Banca examinadora: Fabiana Fabiana de Souza Orlandi, Rita de Cassia Helu Mendonça Ribeiro, Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller, Keika Inouye, Aline Cristina Martins Gratão

Bibliografia

1. Enfermagem. 2. Qualidade de vida relacionada à saúde. 3. Resiliência psicológica. I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (SIn).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Tese de Doutorado da candidata Carlene Souza Silva Manzini, realizada em 28/02/2020:

Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi
UFSCar

Profa. Dra. Rita de Cassia Helu Mendonça Ribeiro
FAMERP

Profa. Dra. Graziella Allana Serra de Oliveira Oller
UNIP

Profa. Dra. Aline Cristina Martins Gratao
UFSCar

Profa. Dra. Keika Inouye
UFSCar

*À Deus, pelo presente fabuloso que é a Vida...
Aos pacientes que fizeram parte desta pesquisa,
e que me proporcionaram além do conhecimento,
as mais valiosas lições de vida.*

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho, que sintetiza a minha dedicação nos últimos quatro anos, traz a sensação de dever cumprido e de um processo de crescimento pessoal, e não teria sido possível sem a generosa colaboração de algumas pessoas, as quais venho agora prestar minha gratidão.

Primeiramente ao Grandioso Deus, pela vida, pelo sustento da fé e provisão de minha força, que nunca deixou-me esmorecer.

Aos meus pais, Lourdes e Luiz, pela vida, pelo amor, pelos valores que me ensinaram, mostrando-me sempre a importância do trabalho e de ser persistente para alcançar os objetivos na vida.

Ao meu esposo Ronaldo, pelo amor, companheirismo e dedicação sempre presentes, nunca medindo esforços para o nosso bem comum. O seu apoio foi fundamental para o desenvolvimento deste estudo; o seu amor rompeu barreiras e deu-me forças para superar a distância e a saudade de casa e da família durante os seis meses de Doutorado Sanduíche. Sofremos, mas hoje somos mais fortes! Te amo para sempre!

Ao meu filho Vinícius, por todo o amor, carinho e incentivo em todos os momentos. Obrigada pelas conversas, pelas palavras de coragem nos momentos menos bons e por também tornar-me cúmplice dos seus momentos de descontração e alegrias.

À toda minha família, por apoiar-me e por acreditar no meu potencial, e com carinho especial agradeço à minha irmã Arlete por todo incentivo, apoio e amizade.

Agradeço ao meu cunhado Marcos Rodrigo. Obrigada por sua disponibilidade, por ser nosso suporte, nosso abrigo nas horas difíceis, pela companhia constante.

À minha querida Orientadora Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi, pelo apoio, disponibilidade e as valiosas contribuições para o estudo. Expresso minha satisfação em tê-la como orientadora e sou grata por todo o aprendizado, pelas vivências compartilhadas, pela confiança no meu trabalho e paciência com minhas limitações.

À minha Coorientadora Profa. Dra. Ana Catarina Araújo Elias, por todos os contributos, por seus ensinamentos permeados de bondade, e por proporcionar-me valiosos momentos de reflexão nos meus mais humildes questionamentos.

À Profa. Dra. Lúcia Aparecida Ferreira, que acompanha meu percurso desde o início da graduação de Enfermagem, pelos seus ensinamentos, por sua amizade, por ser meu exemplo de profissional e humildade. Amo você.

À Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto, do PPGEnf, por instigar meu interesse e de certa forma, introduzir-me na temática Resiliência, por seu apoio, incentivo e atenção a mim dispensados.

À minha querida amiga Vanessa Almeida M. Damasceno, que teve um papel fundamental nesta pesquisa, aplicando os instrumentos de coleta de dados aos pacientes da clínica DaVita de Araraquara. Muito obrigada por tudo, por ser minha parceira nesta jornada, por ser a mão que ajuda e ampara. Obrigada por muitas vezes “clarear” minhas ideias e por compartilhar momentos de debate e reflexões, em muitas manhãs e tardes de cafés.

Obrigada aos meus amigos/as da equipe ESF do Assentamento Monte Alegre, Motuca, especialmente Ivana, Néia, Marly, Renata e Cida, pelo incentivo, pelos encontros que sempre me agregam conhecimento e pelas conversas terapêuticas, regadas a boas risadas e muitos “causos”, porque descontrair é preciso!

Ao estatístico Milton Miranda Neto, que realizou as análises, e com “Paciência de Jó” soube gerir minhas dúvidas, questionamentos e limitações.

À minha querida amiga Rose, pela normalização do trabalho e por muitas vezes “emprestar-me seus ouvidos”. Obrigada por tudo.

Aos meus queridos amigos Allan Gustavo Brigola e Ana Carolina Ottaviani pelos momentos de companheirismo e diversão, o que tornaram mais leve esse percurso.

Agradeço à unidade de diálise Davita de Araraquara, na pessoa da Enfermeira Daniela Canuto e equipe, pela acolhida e auxílio logístico na execução da primeira fase do projeto.

À unidade de diálise Venerável Ordem Terceira de São Francisco, da cidade do Porto (PT), aos coordenadores meu Orientador Prof. Dr. Clemente Neves de Sousa e Dra. Eva Xavier, por receberem-me sob suas responsabilidades, por acreditarem no meu trabalho e proverem-me espaço para que eu pudesse desenvolvê-lo com eficácia e segurança. Também desta clínica, agradeço a toda equipe de enfermagem e as secretárias dona Fernanda e dona Mônica, pelas informações fornecidas e pela cordialidade.

Meu agradecimento à unidade de nefrologia Senhora da Hora, Instituto de Diagnósticos e Terapia em Doença Renal (IDTDR) da cidade do Porto (PT), nas pessoas maravilhosas da Enfermeira Carla M. S. Pinto e Dra. Ana Paiva, pela confiança em mim depositada, disponibilizando-me todos os recursos necessários para desenvolver com êxito meu trabalho de intervenção junto aos pacientes.

Agradecimentos especiais às Professoras Doutoradas da banca examinadora Rita de Cássia Helu Mendonça Ribeiro, Graziella Allana Serra de Oliveira Oller, Aline Cristina Martins Gratão e Keika Inouye, por suas valiosas contribuições.

À todos os pacientes que participaram da pesquisa, sem vocês nada disso seria possível. Quanta confiança é necessário ter para abrir as portas de suas casas, suas vidas e de seus corações, e se deixar conduzir por uma enfermeira que oferece-lhes um pouquinho de bem-estar, um bocadinho de alívio? Há que ter bastante, e vocês tiveram. Gratidão eterna.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio em forma de bolsa de estudos de doutorado e também pela bolsa de doutorado sanduíche no exterior (PDSE), Processo Número 88881.189868/2018-01.

À todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta pesquisa.

Esperança

*É mistério? É segredo? É luta ou fé?
É um vazio repleto de medos e sonhos;
Desejos velados, por dias melhores
de paz e de calma, de dias risonhos.
A angústia atinge os mais altos escores
na sala gelada, a dor é constante.
Mas no fundo, lá dentro, no cantinho da alma
Há uma voz que sussurra, é preciso ir avante,
É mistério? É segredo? É luta ou fé?
É força que brota, que a brisa balança
Que muda o destino, é um fio de esperança!*

(Carlene S. S. Manzini)

RESUMO

A Doença Renal Crônica é complexa e fatal, considerada um problema de saúde pública. O paciente em tratamento de hemodiálise pode ter sua qualidade de vida alterada devido a aspectos negativos advindos da doença e do tratamento. O objetivo geral do estudo foi verificar o efeito da intervenção psicoterapêutica breve Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) sobre a qualidade de vida e resiliência de pacientes em hemodiálise. Método: foram elaborados três artigos: o primeiro, uma revisão sistemática cujo objetivo foi verificar na literatura científica o histórico, a utilização e benefícios da intervenção RIME, nos diversos contextos de saúde/doença. As buscas foram realizadas nas bases BVSPsi, CINAHL, MEDLINE, SciELO, SCOPUS e Web of Science em setembro e outubro de 2018. Conforme os resultados a RIME promoveu ressignificação da dor simbólica da morte de pacientes fora de possibilidade de cura; proporcionou qualidade de vida no processo de morrer; contribuiu para a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama com possibilidades de cura; favoreceu o bem-estar emocional de pacientes ostomizados; trouxe benefícios na qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço; promoveu ressignificação da dor espiritual de jovens que passavam por processo de luto devido a perdas de entes queridos. O segundo artigo, um estudo clínico randomizado, objetivou verificar o efeito da intervenção RIME sobre a qualidade de vida, resiliência, bem-estar e desesperança de pacientes em hemodiálise. A amostra foi composta por 46 participantes, distribuídos em grupo intervenção (n=22) e grupo controle (n=24). Os grupos mostraram-se homogêneos quanto a idade, sexo, escolaridade e outras comorbidades. A percepção de qualidade de vida do GI foi melhor em quase todos os domínios da escala *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SFTM)* comparativamente ao GC, com significância estatística nos domínios *sobrecarga da doença renal* ($p=0,012$), *saúde global* ($p=0,012$) e *bem-estar emocional* ($p=0,041$); houve aumento nos níveis de resiliência no GI, pós-intervenção ($p=0,018$); melhora do bem-estar e da desesperança, com significância estatística ($p=0,001$), indicando menor nível de desesperança no GI. O terceiro artigo, um estudo quase-experimental, teve por objetivo avaliar a qualidade de vida e resiliência de pacientes hemodialisados residentes em uma cidade da região norte de Portugal, antes e após a intervenção RIME, e identificar os fatores que interferem na resiliência destes pacientes. A amostra foi composta por 17 participantes. A percepção da qualidade de vida foi melhor em quase todos os domínios da escala, com diferença significativa nas dimensões: *função física* ($p=0,006$) e *função emocional* ($p=0,021$) no período pós-intervenção. Na avaliação da resiliência, verificou-se aumento com

significância estatística no final ($p=0,002$); análises de regressão linear revelaram que religião, outras comorbidades e histórico de transplante são fatores relacionados ao aumento da resiliência; e medicamentos antidepressivos e anti-hipertensivos são fatores relacionados a diminuição da resiliência. Conclui-se que a intervenção RIME é benéfica à saúde de pacientes com doença renal crônica, devendo ser estimulada sua aplicabilidade como ferramenta de apoio, no contexto de pacientes em hemodiálise.

Palavras-chave: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. Resiliência Psicológica. Espiritualidade. Insuficiência Renal Crônica. Hemodiálise. Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease is complex and fatal, considered a public health problem. Patients undergoing haemodialysis treatment may have their quality of life altered due to negative aspects arising from the disease and treatment. The general objective of the study was to verify the effect of brief psychotherapeutic Intervention Relaxation, Mental Images and Spirituality (RIME) on the quality of life and resilience of hemodialysis patients. Method: three articles were elaborated: the first article, a systematic review whose objective was to verify in the scientific literature the history, use and benefits of RIME intervention, in the various health/disease contexts. The searches were carried out at the BVSPsi, CINAHL, MEDLINE, SciELO, SCOPUS and Web of Science databases in September and October 2018. According to the results, RIME promoted resignification of the symbolic pain of death of patients outside the possibility of cure; provided quality of life in the dying process; contributed to the quality of life of breast cancer patients with healing possibilities; favoured the emotional well-being of ostomates patients; brought benefits in the quality of life of patients with head and neck cancer; promoted empowerment for women with breast cancer and strengthened their libido; and promoted resignification of the spiritual pain of bereaved youths, offering a satisfactory return from mourning preparation. The second article, a randomized clinical trial, aimed to verify the effect of RIME intervention on quality of life, resilience, well-being and hopelessness of haemodialysis patients. The sample consisted of 46 participants, distributed in intervention group (GI=22) and control group (CG=24). Both groups were homogeneous regarding age, gender, schooling and other comorbidities. The perception of quality of life of GI was better in almost all domains of the *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form* (KDQOL-SFTM) scale compared to CG, with statistical significance in the domains *overload of kidney disease* ($p=0,012$), *global health* ($p=0,012$) and *emotional well-being* ($p=0,041$); there was an increase in resilience levels in GI, post-intervention ($p=0,018$); improvement of well-being and hopelessness, with statistical significance ($p=0,001$), indicating a lower level of hopelessness in GI. The third article, a quasi-experimental study, aimed to evaluate the quality of life and resilience of hemodialysis patients residents of a city in the north of Portugal before and after the RIME intervention, and to identify the factors that interfere in the resilience of these patients. The sample consisted of 17 participants. The perception of quality of life was better in almost all domains of the scale, with significant difference in dimensions: *physical function* ($p=,006$) and *emotional function* ($p=0,021$) in the post-intervention period. In the assessment of resilience,

there was an increase with statistical significance at the end ($p=0,002$); linear regression analyses revealed that religion, other comorbidities, leisure activities and a history of transplantation are factors related to increased resilience; and antidepressant and antihypertensive medications are factors related in decreased resilience. It is concluded that the RIME intervention is beneficial to the health of patients with chronic kidney disease and its applicability should be stimulated as a support tool, in the context of haemodialysis patients.

Keywords: Quality of Life Related to Health. Psychological Resilience. Spirituality. Chronic Kidney Disease. Hemodialysis. Palliative Care.

LISTA DE FIGURAS

ESTUDO 1

Figure 1- Article selection and identification process 61

ESTUDO 2

Figura 1- Fluxograma Consort. São Carlos, SP, Brasil. 82

ESTUDO 3

Figura 1- Fluxograma Consort São Carlos, SP, Brasil..... 98

LISTA DE TABELAS

APRESENTAÇÃO GERAL DO ESTUDO

Tabela 1 - Estágios da Doença Renal Crônica, baseado na TFG e albuminúria	22
---	----

ESTUDO 1

Table 1 - Summary of studies selected for this review.....	62
--	----

ESTUDO 2

Tabela 1 - Caracterização da amostra, distribuída em Grupo Controle e Grupo Intervenção quanto as variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes estudados. São Carlos-SP (BR), 2019. (n=46)	82
Tabela 2 - Comparação das médias das dimensões de qualidade de vida dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Controle nos períodos Pré e Pós intervenção. São Carlos-SP (BR) 2019. (n=46)	84
Tabela 3 - Comparação dos escores de Resiliência e Desesperança dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Controle nos períodos Pré e Pós-intervenção. São Carlos-SP, BR. 2019. (n=46).....	85
Tabela 4 - Distribuição dos participantes do Grupo Intervenção e Grupo Controle nas categorias de Bem-estar nos períodos Pré e Pós-intervenção. São Carlos-SP, BR, 2019. (n=46)	85

ESTUDO 3

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos dos pacientes em HD. Porto, PT, 2019. (n=17).....	100
Tabela 2 - Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes em HD nos períodos Pré e Pós intervenção. Porto, PT, 2019. (n=17).....	101
Tabela 3 - Comparação dos escores de resiliência dos pacientes em HD nos períodos Pré e Pós-intervenção. Porto-PT, 2019. (n=17)	102
Tabela 4 - Resultados da análise de regressão linear tendo como desfecho o grau de resiliência e as variáveis explicativas dos pacientes em HD. Porto, PT, 2019. (n=17)	102

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACTH - Hormônio Adenocorticotrófico
- ANPPS - Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
- ASH – Associação Brasileira de *Self-Healing*
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
- CP – Cuidados Paliativos
- DC – Doença Crônica
- DCNT – Doença Crônica Não Transmissível
- DRC – Doença Renal Crônica
- DRCT – Doença Renal Crônica Terminal
- DM – Diabetes Mellitus*
- EQM – Experiência de Quase-Morte
- EEH – Escala de Esperança de Herth
- EEPPR - Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro
- ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto
- FAV – Fístula Arteriovenosa
- GABA - Ácido Gama-Aminobutírico
- HD – Hemodiálise
- HA – Hipertensão Arterial
- HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
- IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
- IRC – Insuficiência Renal Crônica
- KDIGO - Kidney Disease: Improving Global Outcomes*
- KDQOL-SFTM – Kidney Disease Quality of Life – Short Form*
- MP – Medicina Paliativa

MS – Ministério da Saúde

MTC – Medicinas Tradicionais e Complementares

NCCAM - National Center of Complementary and Alternative Medicine

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDSE – Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior

PIC – Práticas Alternativas e Complementares

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

QV - Qualidade de Vida

QVRS- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

RIME – Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TRS - Terapia Renal Substitutiva

UNIESEP – Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

USRS - United States Renal System

WHO - World Health Organization

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO ESTRUTURAL DO ESTUDO	19
1 INTRODUÇÃO	21
1.1 Justificativa	28
1.2 Objetivo Geral	29
1.2.1 Objetivos Específicos.....	29
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	30
2.1 A Doença Renal Crônica e o tratamento de hemodiálise.....	30
2.2 Qualidade de vida do paciente com DRCT	32
2.3 Resiliência no contexto da DRCT.....	37
2.4 A Intervenção Psicoterapêutica Breve RIME e suas bases teóricas	42
2.4.1 Relaxamento Mental.....	45
2.4.2 Imagens Mentais (Imaginação Dirigida)	46
2.4.3 Espiritualidade.....	50
3 MÉTODO	55
4 RESULTADOS	56
4.1 Artigo 1: The Brief Psychotherapeutic Intervention “Relaxation, Mental Images and Spirituality”: a Systematic Review	56
Abstract	57
Introduction	58
Objective.....	59
Methods	60
Design and setting.....	60
Search strategy.....	60
Eligibility selection criteria	60
Results.....	60
Discussion	65
Conclusion	70
References.....	71
4.2 Artigo 2: Efeitos da intervenção psicoterapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade em pacientes hemodialisados: Ensaio Clínico Randomizado.....	73
Introdução	74
Método	77

Resultados	81
Discussão	86
Conclusão	89
Referências	89
4.3 Artigo 3: Efeitos de uma intervenção psicoterapêutica breve de apoio em pacientes hemodialisados: estudo quase-experimental	95
Resumo	95
Introdução	96
Método	97
Resultados	100
Discussão	103
Conclusão	106
Fomento	107
Referências	107
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE	109
REFERÊNCIAS DA TESE	112
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA (ESTUDO 2)	123
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA (ESTUDO 3)	124
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (ESTUDO 2)	125
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (ESTUDO 3)	127
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSCAR	130
ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO (ESEP)	133
ANEXO C- CARTA DE AUTORIZAÇÃO	135
ANEXO D - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) ESTUDO 2	136
ANEXO E - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) ESTUDO 3	138
ANEXO F - ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA <i>KIDNEY DISEASE AND QUALITY OF LIFE SHORT-FORM</i> – KDQOL SF (ESTUDO 2)	141
ANEXO G – KDQOL SF (ESTUDO 3)	150
ANEXO H - ESCALA DE RESILIÊNCIA (ESTUDO 2)	169

ANEXO I – ESCALA DE RESILIÊNCIA (ESTUDO 3).....	171
ANEXO J - ESCALA VISUAL ANALÓGICA (E.V.A.) DE BEM-ESTAR MODELO EXPRESSÕES FACIAIS COLORIDAS (CAMPBELL & LEWIS, 1990).....	172
ANEXO K - ESCALA DE DESESPERANÇA DE BECK	173
ANEXO L - IMAGENS UTILIZADAS NA APLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO RIME	174

APRESENTAÇÃO ESTRUTURAL DO ESTUDO

Para melhor orientação quanto a leitura deste estudo, apresentam-se os fluxos dos capítulos e subcapítulos, elucidando como aconteceu a estruturação desta tese de doutorado, intitulada: O efeito da intervenção Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) sobre a qualidade de vida e resiliência de pacientes em tratamento de hemodiálise, a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar.

No primeiro capítulo, trago a introdução das temáticas estudadas. Esta seção compreende as doenças crônicas não transmissíveis, a doença renal crônica, o tratamento de hemodiálise, a qualidade de vida no contexto da doença renal crônica, a resiliência psicológica, as práticas terapêuticas integrativas e complementares e a intervenção RIME. Neste capítulo, também estão inseridos a justificativa, as questões norteadoras e os objetivos, seccionados em geral e específicos.

No capítulo de fundamentação teórica, os subcapítulos apresentam um maior esquadramento das temáticas que permearam a elaboração desta tese. Após, a seção do método traz uma breve explanação de como, quando e onde foram realizados os estudos.

Finalmente, no capítulo de resultados, e já com a pretensão de responder tanto as questões norteadoras quanto aos objetivos, são apresentados três artigos. Os três artigos encontram-se formatados de acordo com as normas das revistas as quais foram submetidos.

O primeiro artigo refere-se a uma revisão sistemática que teve por objetivo verificar a história, o uso e os benefícios da intervenção RIME que foram relatados na literatura científica, em diferentes contextos de saúde / doença. O Artigo encontra-se atualmente com *Status* “Aceito” na revista *São Paulo Medical Journal*.

O Segundo artigo trata-se de um ensaio clínico randomizado, que objetivou verificar o efeito da intervenção RIME na qualidade de vida, resiliência, bem-estar e desesperança de pacientes em hemodiálise; e foi realizado com os pacientes de uma unidade de terapia dialítica, situada em uma cidade do interior paulista.

O terceiro artigo diz respeito a um estudo quase-experimental, que teve por objetivo avaliar a qualidade de vida e resiliência de pacientes hemodialisados de uma cidade da região norte de Portugal, antes e após a intervenção psicoterapêutica RIME, e identificar os fatores que interferem nos níveis de resiliência destes pacientes. Este último estudo foi realizado durante o programa de doutorado sanduíche no exterior (PDSE-CAPES/2017), período compreendido entre novembro/2018 e abril de 2019. A pesquisa foi realizada em parceria

com a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), e orientada pelo Prof. Dr. Clemente Neves de Sousa.

Finalmente, após a seção dos resultados, apresentam-se as considerações finais do estudo. No capítulo seguinte, os apêndices e anexos utilizados completam a estrutura da Tese.

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres, diabetes, doença renal crônica (DRC), entre outras, são consideradas graves problemas de saúde pública. Aparecem ao longo da vida, e devido ao seu caráter progressivo vão produzindo graves complicações, causando fortes impactos na morbimortalidade e qualidade de vida (QV) dos indivíduos, acarretando em mortes prematuras e alto custo para os setores de saúde em geral. De acordo com a *World Health Organization* (WHO, 2018), esse perfil de doenças representou 74% das mortes no Brasil, no ano de 2016.

As DCNT constituíram-se as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 68% dos óbitos, e aproximadamente 75% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda, e 40% delas de modo precoce, atingindo indivíduos com menos de 70 anos (MALTA et al., 2017; TAVARES et al., 2015). Barreto (2017) corrobora que as DCNT, em conjunto, respondem por uma parcela significativa da carga de enfermidades existentes no mundo, estando associadas a quase dois terços dos óbitos em nível global (36 dos 57 milhões de óbitos, em 2008), e alerta que estas estão aumentando rapidamente nos países em desenvolvimento, onde impõem grandes custos humanos, sociais e econômicos.

Os determinantes sociais têm forte impacto na prevalência das doenças crônicas (DC). As desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade e as desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das DC e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (BARRETO, 2017; SCHMIDT et al., 2011). Os doentes crônicos passam por diversas alterações no estilo de vida, devido às restrições decorrentes da enfermidade, das necessidades terapêuticas e de controle clínico, assim como a possibilidade de internações hospitalares recorrentes. A doença renal crônica (DRC) configura-se como um desses agravos, sendo uma doença complexa e fatal, considerada atualmente um problema de saúde pública (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; GOUVEIA et al., 2016; LOPEZ-VARGAS et al., 2013; MENEZES, 2016; OLIVEIRA; ALVES, BEZERRA, 2009).

A DRC é uma anormalidade da estrutura ou funções renais, caracterizada pela perda progressiva, irreversível e multifatorial da função renal, levando a perda de defesas do corpo em manter os equilíbrios metabólicos e hidroeletrólíticos, podendo ocasionar riscos de desfechos adversos, relacionados ao comprometimento renal e até levar ao óbito

(KIRSZTAJN et al., 2014). Sua definição atual baseia-se na presença de lesão renal e/ou de redução da taxa de filtração glomerular (TFG inferior a 60 mL/min/1,73m⁽²⁾ de superfície corpórea) por três meses ou mais, independentemente da causa (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018; MARINHO; 2017).

De acordo com o *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO, 2013)* é recomendado classificar a DRC baseando-se na causa, na categoria da taxa de filtração glomerular (TFG) e na albuminúria, permitindo assim identificar os riscos de desfechos adversos relacionados ao comprometimento renal e ao óbito (KIRSZTAJN, 2014). Assim, a DRC possui cinco estágios, conforme identificados na Tabela 1:

Tabela 1: Estágios da Doença Renal Crônica, baseado na TFG e albuminúria:

Estágio	TFG (mL/Min/1,73m²)	Proteinúria(RA/C)** (Mg/g)
1	≥90	<30
2	60-89	
3 A	45-59	30-299
3 B	30-44	
4	15-29	>300
5	<15	

*Taxa de filtração glomerular; **RA/C: relação albumina/creatinina.

Fonte: *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO, 2012, p. 2)*.

Kirsztajn et al. (2014) ressaltam que alguns fatores capazes de prever progressão da DRC são passíveis de serem modificados, como mudanças no estilo de vida (interromper o hábito de fumar e evitar obesidade, por exemplo) e medidas como redução da pressão arterial, redução de albuminúria e prevenção de hiperglicemia.

É relevante ainda considerar o histórico familiar como marcador de risco para futura DRC, pois as etiologias mais comuns das nefropatias apresentam tendências familiares (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). Segundo a Associação Portuguesa dos Nutricionistas (APN, 2017) as glomerulopatias, doença renal policística, as doenças autoimunes, as infecções sistêmicas, as uropatias obstrutivas, neoplasias e infecções recorrentes do trato urinário são relacionadas a etiologia da DRC.

Segundo dados do Inquérito Anual de Diálise Crônica, as causas primárias pontuadas mais frequentemente da doença renal crônica terminal (DRCT) em 2017 foram hipertensão arterial (HA) (34%) e *diabetes mellitus* (DM) (31%) (THOMÉ et al., 2019). De acordo com a

American College of Sports Medicine (2006), fatores como sedentarismo, tabagismo, etilismo e idade maior que 60 anos também podem contribuir para futuro comprometimento das funções renais (ACSM, 2006).

Ribeiro et al. (2008), em estudo epidemiológico conduzido com 217 indivíduos, objetivaram caracterizar os pacientes com DRC em programa dialítico; verificar as causas da DRC; identificar as doenças associadas a DRC; levantar o tipo de tratamento e o acesso atual destes pacientes. Os autores trouxeram em seus resultados que em relação a doença de base, 31,3% dos pacientes apresentavam nefrosclerose hipertensiva e 25,3% apresentavam DM, seguido da glomerulonefrite com 24,5%. Quanto as doenças associadas, 42,4% dos pacientes possuíam hipertensão arterial sistêmica (HAS), 24,9% não possuíam comorbidades, e 19,8% possuíam HA e DM.

No Brasil, a taxa de mortalidade bruta de pacientes com DRC para o ano de 2016 foi de 18,2% e o número estimado de pacientes em diálise foi de 122.825 para o mesmo ano, sendo que este número representa um aumento de 31,5 mil pacientes nos últimos cinco anos (SESSO et al., 2017). De acordo com os autores, as taxas de incidência e prevalência da DRC continuam a aumentar constantemente. Conforme dados do *United States Renal System* (USRDS, 2014), taxas exatas de todas as causas de mortalidade são de 6,1 para 7,8 vezes maior em pacientes em diálise do que em outros indivíduos pareados por idade.

O Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas de atendimento médico público do mundo, financia 90% dos tratamentos de pacientes que se encontram em terapia renal substitutiva (TRS), que compreende a diálise (hemodiálise e diálise peritoneal) e o transplante renal, correspondendo a um importante papel no cuidado ao paciente com DRC. No entanto, a DRC é uma doença silenciosa, sem cura, e por se tratar de lesão irreversível de partes dos rins, o tratamento adequado é a detecção precoce nos estágios iniciais, buscando prevenir os desfechos deletérios e a subsequente morbidade relacionada às nefropatias (MARINHO, 2017). Sarmiento (2018) alerta que a DRC vem sendo subdiagnosticada e tratada inadequadamente, o que ocasiona perda de oportunidade para implementação da prevenção primária, secundária e terciária, isso por falta do conhecimento dos estágios da doença e da não utilização de testes para diagnóstico e avaliação funcional da doença.

A hemodiálise (HD), assim como a diálise peritoneal e o transplante renal, são opções de tratamento para a DRCT. A HD é definida como um processo mecânico e extracorpóreo que consiste na remoção de substâncias tóxicas e excesso de líquido do organismo. Em geral, esse procedimento é realizado em hospitais, três vezes por semana e cada sessão demora entre três e quatro horas. Além desse tratamento, os pacientes devem ingerir medicamentos e seguir

dietas, restringindo especialmente a quantidade de líquidos ingeridos (RUDNICKI, 2014). A HD constitui-se na modalidade de TRS mais comumente realizada, sendo que no Brasil, 91,8% dos pacientes com DRCT utilizam dessa modalidade de terapia (TOMÉ et al., 2019).

Os pacientes em HD experimentam uma gama de estressores que afetam sua vida diária, como perda de tempo pessoal valioso nas sessões de diálise, incerteza sobre o desfecho adicional da doença, perda de papéis familiares e profissionais anteriores, longa espera pelo transplante e, finalmente, dependência tanto da máquina quanto de profissionais de saúde (KIMMEL; PATEL, 2006; VASILOPOULOU et al., 2016).

Costa et al. (2014) relatam que quando o paciente não consegue superar as adversidades, esse pode entrar em um quadro de depressão, podendo até ocasionar o suicídio. Os autores alertaram para um alto índice de risco de suicídio em pacientes em tratamento hemodialítico, até porque esses dispõem de meios letais mais acessíveis, tais como: sangramento pelas fístulas; ingestão excessiva de potássio; abuso de líquidos; alimentos proibidos ou até mesmo, o não comparecimento às sessões de diálise. Esse risco de desenvolver problemas de saúde mental é duas vezes mais alto em indivíduos vivendo com DC do que em indivíduos saudáveis e na população em geral. Quando os pacientes desenvolvem sintomas de sofrimento mental, estes podem ter um impacto no curso da doença, na adesão do indivíduo afetado e no sucesso do tratamento (FÄRBER; ROSENDAHL, 2018).

Nesse contexto, quando o paciente é resiliente, ele demonstra uma atitude otimista diante da vida, mantendo um equilíbrio dinâmico durante e após os embates do tratamento frente à doença, possibilitando a si mesmo superar as pressões de seu mundo, desenvolvendo autoconfiança e um senso de autoproteção que não desconsidera a abertura ao novo, à mudança e a realidade subjacente (CARDOSO; SADE, 2012). Santos e Costa (2016) avaliaram o nível de resiliência em uma amostra de 61 pacientes com DRC em tratamento de HD. Os autores observaram que 61% desses pacientes apresentaram tendência à resiliência, apresentando pontuação acima da média, o que garantiu uma maior adesão ao tratamento e melhor adaptação às restrições impostas, o que requer o estímulo ao desenvolvimento da mesma.

A convivência com a enfermidade e o intenso tratamento desses pacientes também geram conflitos existenciais que podem provocar angústia espiritual que, por sua vez, agrava os sintomas físicos e emocionais e a capacidade para enfrentar a doença. Dentre as diversas formas de fortalecimento do paciente, destaca-se a busca de sua espiritualidade, no intuito de sustentar suas dificuldades e adaptações (SANTOS et al., 2013). Ao lidar com o termo espiritualidade requer-se a definição de alguns conceitos básicos, e um dos registrados na

literatura científica sugere ser a espiritualidade uma busca pessoal para compreensão de acontecimentos ligados a vida, a seu sentido, referente as relações com o transcendental ou sagrado, podendo ou não, levar a prática da religiosidade ou formação de comunidades religiosas (SAMANO et al., 2004). Por sua vez, a religiosidade pode ser compreendida como uma extensão de crenças e práticas religiosas, sendo essa organizacional ou não (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001).

Assim como a manutenção da resiliência, a espiritualidade intrínseca em cada um torna-se aspecto importante como fonte de apoio ao paciente que está sofrendo de DRCT. Em revisão integrativa recente acerca dos benefícios da espiritualidade em indivíduos com DRC, os autores evidenciaram a relação dessa variável no tratamento de HD dos pacientes. Em seus resultados, os benefícios incluíram aqueles relacionados as modalidades de enfrentamento situacional, como o fortalecimento da esperança, apoio social e enfrentamento da dor; e os relacionados a saúde mental, como o menor risco de suicídio e menos sintomas depressivos; melhora na percepção da QV e na função renal pós-transplante (BRAVIN et al., 2019).

O estudo supracitado traz um importante aspecto, o fortalecimento da esperança como benefício para o doente renal crônico. Ter esperança corresponde a ter perspectiva positiva quanto ao futuro, o que por sua vez compreende ser uma estratégia de enfrentamento. A esperança impulsiona à ação e ao movimento, sendo imprescindível para a conquista do bem-estar espiritual e associa-se à QV, sobrevida e ao provimento de força para o enfrentamento de problemas. Caracteriza-se como um constructo multidimensional e universal, repercutindo na QV e está relacionada à condição de vida (CAVACO et al., 2010).

No caso de pacientes com DRC e de seus familiares, ter esperança é ter perspectiva na recuperação da saúde e, por conseguinte, a percorrer o árduo tratamento para sua doença, submetendo-se a procedimentos invasivos, mudando seu estilo de vida, sua rotina e permanecendo em tratamento (OTTAVIANI et al., 2014). Foi verificado no trabalho dos mesmos autores que observaram, quanto à relação entre a esperança de vida e a espiritualidade dos pacientes com DRC em tratamento hemodialítico, a existência de correlação positiva, de moderada magnitude, entre a escala de esperança de Herth (EEH) e escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (EPP-R), especificamente com a dimensão “crenças” ($r=0,430$; $p<0,001$).

Nesse aspecto, Bezerra et al. (2012) apontam para a necessidade de uma assistência integral à pessoa com DRC, que coloque em perspectiva suas necessidades, inclusive quanto à sua dimensão espiritual, para que sejam favorecidas as condições de enfrentamento da enfermidade e o seu processo.

Diversas estratégias são empregadas para amenizar os sintomas deletérios que acometem o indivíduo com DRC, dentre elas estão as intervenções não farmacológicas como a auriculoterapia, acupuntura sistêmica e musicoterapia, entre outras (MELO et al., 2018), inseridas nas práticas integrativas e complementares (PIC).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS, 2015) as PICs, segundo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde, o que justifica sua prevalência de uso no mundo variar de 9,8 a 76%. Dessa forma, a enfermagem, juntamente com a equipe multiprofissional pode e deve extrapolar seus horizontes, ampliando a assistência para além do cuidado convencional, do tratamento dos sintomas físicos, e por em prática os recursos complementares que estiverem ao seu alcance, otimizando o tratamento dos pacientes.

Carvalho e Nogueira (2016) descrevem que as práticas integrativas e complementares (PICs), também denominadas de Medicinas Tradicionais e Complementares (MTC), correspondem a um conjunto de práticas de atenção à saúde, abrangendo tradições de cuidados praticados em diferentes culturas e demais práticas complementares não inclusas nessas tradições, mas incorporadas ao sistema de saúde. Essa é uma estratégia que corresponde as PNPIC, que abarca a Medicina Tradicional Chinesa; Homeopatia; Medicina Antroposófica; Plantas Medicinais e Fitoterapia e Termalismo Social, porém a modalidade mais difundida na atenção primária são as práticas corporais e meditativas (GALVANESE; BARROS; D'OLIVEIRA, 2017).

As terapias alternativas, segundo o *National Center of Complementary and Alternative Medicine (NCCAM, 2008)*, constituem-se de abordagens não convencionais que buscam substituir a medicina tradicional, por outro lado, as terapias complementares, são, como o próprio nome sugere, adjuvantes ao tratamento convencional.

A Organização Mundial de Saúde, por meio do documento *Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 (OMS, 2002)*, preconiza os tratamentos complementares, ressaltando a necessidade de introduzir práticas alternativas e complementares nas políticas de sistemas de saúde. Corroborando com essa demanda, o Conselho Nacional de Saúde em 2006, consolidou a PNPIC no SUS, conforme Portarias Ministeriais n. 971 em 03/05/2006 e n. 1600 em 17/07/2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 1997), por meio da Resolução 197, de 19 de março de 1997, estabeleceram e reconheceram as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem.

A eficácia e relevância das PICs foram pontuadas por diversos estudos na área da saúde como frequentes em pacientes oncológicos, além de que existe a crença e relação com melhor QV (SAMANO et al., 2004). É neste contexto que as intervenções psicossociais vem “ganhando prestígio quando se trata da investigação do controle de sintomas relacionados a diferentes patologias.” (ESPINHA, 2015, p. 16).

Dentre as PICs, há aquelas que integram as terapias cognitivo comportamentais (TCC) e as que unem a relação mente-corpo, como técnicas de meditação, relaxamento, *biofeedback*, hipnose, imaginação dirigida, *yoga*, entre outras (ASTIN et al., 2003; NCCAM, 2008); essas práticas estão cada vez mais popularizadas, e conseqüentemente sendo adotadas como estratégias psicossociais para o cuidado em saúde (ESPINHA, 2015).

A TCC trata-se de um conjunto de técnicas nas quais combinam-se abordagens cognitivas e comportamentais, por meio da sugestão das mudanças de crenças e comportamentos, desenvolvida em meados de 1960 por Aaron T. Beck (KANPP; BECK, 2008). As terapias cognitivo-comportamentais e de relação mente-corpo contribuem para minimizar o sofrimento psicológico geral e ansiedade, que poderia e pode requerer o uso de medicamentos como antidepressivos e ansiolíticos, além de auxiliar na redução da dor, insônia e demais sintomas relacionados ao tratamento, trazendo ao paciente uma melhora (ASTIN et al., 2003; HASSED, 2013; KEEFE et al., 2013; MARCHAND, 2012; NAKAMURA et al., 2013).

Além das terapias relacionadas, a intervenção psicoterapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME), pioneira no quesito ao relacionar os elementos da espiritualidade ao relaxamento e visualização de imagens mentais, e pode ser aplicada como uma terapia complementar em saúde (ELIAS et al., 2007).

A RIME (Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade) tem como objetivo ressignificar a dor psíquica, a dor espiritual ou um foco de sofrimento definido pelo paciente, e também possibilita o fortalecimento dos recursos psíquicos saudáveis e da resiliência, promovendo QV frente ao adoecer (ELIAS, 2018). Compreende uma metodologia que integra técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais com os elementos da espiritualidade, os quais foram estruturados a partir de pesquisas que descrevem os relatos de pacientes que passaram por uma experiência de quase morte (EQM), e voltaram a viver normalmente, assim como a partir da Psicologia Junguiana (ELIAS; GIGLIO, 2001a; ELIAS et al., 2015).

A EQM acontece quando o paciente perde a consciência e se sente desconectado do mundo à sua volta (FRENC, 2005; GREYSON, 2000; TASSELL-MATAMUA, 2014). Altas

taxas de mortalidade e alta ocorrência de eventos com risco de morte de pacientes em HD os predispõe a EQM e pode interferir em sua QV, se estes momentos tornarem-se repetitivos (LAI et al., 2007). As condições de comorbidades de pacientes em HD se juntam à rotina de exposição à máquina (até 3x por semana) e as complicações médicas da própria condição de insuficiência renal, como as infecções, risco de hipotensão devido à diálise, hipocalemia e perda da função renal intrínseca; assim os pacientes encontram-se em risco aumentado de mortalidade (FOLEY et al., 2014).

O estudo de Lai et al. (2007) foi realizado com 710 pacientes em diálise, em Taiwan, e teve por objetivo investigar a frequência e características de EQMs em pacientes em terapia dialítica de longo prazo. Os autores encontraram em seus resultados que 45 destes pacientes tiveram 51 EQMs. Experiência extracorpórea foi encontrada em 51,0% das EQMs, e visões pré-cognitivas, consciência de estarem mortos e “experiência em túnel” eram menos comuns, porém presentes (10%). Os autores do estudo concluíram que a EQM não é incomum na população em diálise e está associada a efeitos colaterais positivos, e que os prestadores de cuidados de nefrologia devem estar cientes da ocorrência e efeitos posteriores das EQMs. Estes efeitos colaterais positivos, ainda há pouco citados, tratam-se de mudanças positivas de vida nas pessoas que passaram por uma EQM. Essas pessoas mostraram uma frequência significativamente maior de serem mais gentis com os outros e mais motivadas após seus eventos com risco de morte do que pessoas sem EQM (LAI et al., 2007).

A intervenção RIME, enquanto eliciadora da função transcendente em pacientes com possibilidades de cura, facilita a transformação sociopsicoespíritual destes pacientes, interferindo positivamente na QV e nos aspectos psicológicos de desesperança e de autoestima. Por ser uma psicoterapia breve a RIME trabalha com um foco, o qual é representado nos cuidados paliativos como o sofrimento manifestado na Dor Simbólica da Morte, e nos pacientes com possibilidades de cura é representado pelo sofrimento psicossocial, relacionado ou não à doença e seus tratamentos, definido para transformação entre paciente e terapeuta (ELIAS, 2018).

1.1 Justificativa

A possibilidade de utilizar a intervenção RIME como uma ferramenta capaz de favorecer a potencialização dos recursos internos do paciente, fortalecendo-o diante das adversidades de uma doença terminal, por si só, configura-se como extrema relevância neste

estudo. Além disso, qualidade de vida é um dos temas que está listado na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde do Ministério da Saúde (ANPPS) (MS, 2011), sendo indicado para estudo e pesquisa, dado sua importância e contribuição para áreas de saúde e afins. O desenvolvimento de estudos dessa natureza ressalta a importância não só para a saúde e o bem-estar dos pacientes em causa, mas também da melhora da QV e dos sintomas e estados depressivos.

A resiliência é outro aspecto que favorece a aceitação do quadro clínico, o enfrentamento e adesão ao tratamento de HD, e age como moderadora das dificuldades em qualquer situação onde haja sofrimento, o que justifica a importância de estudar esse tema.

A finalidade do estudo é poder contribuir com a QV dos pacientes com doença renal crônica em tratamento de HD; contribuir com a qualidade do trabalho de enfermagem no contexto das doenças crônicas e cuidados paliativos, e além disso, fomentar a discussão das temáticas, colaborando com a literatura científica.

O estudo foi pautado pelas seguintes questões norteadoras:

- A intervenção psicoterapêutica RIME já foi utilizada em pacientes com DRC?
- A intervenção psicoterapêutica RIME é capaz de promover efeitos positivos na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), no nível de resiliência, desesperança e bem-estar subjetivo dos pacientes com DRC em tratamento de HD?

1.2 Objetivo Geral

Verificar o efeito da intervenção psicoterapêutica breve RIME sobre a QV e Resiliência em pacientes em hemodiálise.

1.2.1 Objetivos Específicos

- ✓ Verificar, por meio da literatura científica, a utilização da intervenção psicoterapêutica breve RIME nos diversos contextos de saúde/doença;
- ✓ Avaliar a QVRS, resiliência, percepção do bem-estar subjetivo e desesperança de pacientes com DRC em tratamento de HD, antes e após a intervenção RIME;

- ✓ Avaliar a QVRS e resiliência de pacientes em tratamento de HD da cidade do Porto (Portugal), antes e após a intervenção RIME, e identificar os fatores que interferem nos níveis de resiliência desses pacientes.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A doença renal crônica e o tratamento de hemodiálise

De acordo com a *Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO, 2013)*, a DRC trata-se de uma anormalidade da estrutura ou funções renais persistentes acima de três meses com implicação para a saúde. Caracteriza-se pela perda progressiva, irreversível e multifatorial da função renal, podendo ocorrer alterações em demais sistemas do organismo, levando a perda de defesas do corpo em manter os equilíbrios metabólicos e hidroeletrólíticos, podendo ocasionar riscos de desfechos adversos, relacionados ao comprometimento renal e até levar ao óbito (KIRSZTAJN et al., 2014). Essa diretriz atual que envolve os riscos de desfechos adversos da doença foi baseada na causa, na taxa de filtração glomerular (TFG), na quantidade de albuminúria e na concomitância de outras condições clínicas, a partir do trabalho desenvolvido pelo *CKD Prognosis Consortium*, que avaliou os dados de 45 coortes em um total de 1.555.332 participantes (MATSUSHITA et al., 2013).

Concomitantemente à diminuição da função renal, ocorre o acúmulo dos produtos finais do metabolismo proteico no sangue que seriam excretados pela urina, configurando-se em DRC. Em decorrência de ser uma doença lenta e progressiva, a perda de funcionamento do rim requer processos adaptativos como meio de manter o paciente afastado dos sintomas, que surgem quando 50% da função renal foi perdida (RIBEIRO et al., 2015). Os primeiros sinais e sintomas são anemia leve, hipertensão, edema, nictúria, culminando para a perda total da função renal (CARDOSO; SADE, 2012). Esse estágio reduz de 10 a 12% da capacidade funcional do órgão, exigindo urgência no tratamento (RIBEIRO et al., 2015), e, por conta das características da doença (progressiva e silenciosa), o diagnóstico geralmente ocorre na fase terminal, requerendo de imediato TRS da função renal na forma da diálise peritoneal ambulatorial contínua, diálise peritoneal automatizada, diálise peritoneal intermitente, hemodiálise (HD) ou transplante renal (NEPOMUCENO, 2014). A indicação de diálise é feita quando a função renal é menor que 10% (CARDOSO; SADE, 2012), com exceção da

nefropatia diabética, em que a diálise é indicada quando a função renal é menor que 15% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Os tratamentos disponíveis para a DRC em estágio 5 substituem parcialmente a função renal e aliviam os sintomas da doença, preservam a vida do paciente, porém nenhum deles é curativo, sendo que um dos tratamentos mais utilizados é a HD (LUCCHETTI; ALMEIDA; GRANERO, 2010; SESSO et al., 2016).

A HD é definida como um processo mecânico e extracorpóreo para remoção das toxinas e excesso do líquido no organismo, que limpa e filtra o sangue, retirando do corpo os resíduos prejudiciais, o excesso de sal e de líquidos, controlando a pressão arterial e ajudando o organismo a manter o equilíbrio de substâncias químicas como o sódio, potássio e cloretos (CHEEMA et al., 2007; NASCIMENTO; MARQUES, 2005). Geralmente, é realizado em hospitais, com periodicidade de três vezes por semana e com duração de três a quatro horas cada sessão. Esse tratamento deve acompanhar a ingestão de medicamentos e seguir dietas que restringem a quantidade de líquido (RUDNICKI, 2014).

O tratamento impõe diversas alterações no estilo de vida do indivíduo acometido por essas terapêuticas, como por exemplo: restrições alimentares, diminuição da ingestão hídrica, afastamento do trabalho e conseqüente diminuição da renda, incertezas sobre o futuro, estigma e afastamento social, estresse, entre outros. Tais mudanças provocam transformações significativas na vida da pessoa e no processo de viver da família e, em conseqüência, os pacientes renais crônicos podem apresentar dificuldade para aderir ao tratamento de HD e às restrições. Durante o tratamento, que é essencialmente rigoroso e requer uma série de cuidados específicos, o paciente está sujeito a diversas complicações técnicas, emergências clínicas e mesmo o óbito (PEDROSO; SIQUEIRA, 2016; VALLE et al., 2013).

Souza, De Martino e Lopes (2007) compreendem ser a HD uma esperança de vida para os que a ela submetem-se, tendo em vista ser a doença um processo irreversível, mas observam que, geralmente, os problemas de adesão ao tratamento relacionam-se a não aceitação da doença; à percepção de si próprio; o relacionamento interpessoal com familiares e ao convívio social. A adesão ao tratamento geralmente é avaliada pelas faltas do paciente às sessões de HD; e sabe-se que as faltas às sessões estão ligadas a maiores taxas de mortalidade, hospitalizações mais frequentes, bem como mais admissões em unidades coronarianas (CHAN; THADHANI; MADDUX, 2014).

Conforme apontaram Santos, Wolfart e Jornada (2011), diferente do que ocorria nas primeiras décadas do uso da diálise, na qual a preocupação era para o aumento da sobrevivência do paciente. Porém, com o progresso do tratamento, os cuidados dispensados a esse respeito

passaram a ter como foco a oferta de QV a essa população, assim, tornaram-se importantes os diagnósticos de sintomas depressivos que estão relacionados a uma maior mortalidade. Somado as restrições que o paciente necessita, dentre elas a manutenção de uma dieta específica associada às restrições hídricas e à modificação na aparência corporal em razão da presença do catéter para acesso vascular ou da fístula arteriovenosa (FAV), pode levar a frustrações e limitações do tratamento (SOUZA; DE MARTINO; LOPES, 2007).

Os pacientes em HD experimentam uma ampla gama de estressores que afetam sua vida diária, como perda de tempo pessoal valioso em sessões de diálise, incerteza sobre o resultado da doença, perda de papéis familiares e profissionais anteriores, longa espera pelo transplante e, finalmente, dependência tanto do dialisador como do cuidado dos profissionais de saúde (KIMMEL; PATEL, 2006; VASILOPOULOU et al., 2016). O doente renal crônico apresenta problemas de várias dimensões, como medo implícito da morte, problemas financeiros, familiares, e constata-se a importância do cuidado da equipe multiprofissional, no sentido de gerir esses problemas, identificar e contactar as redes de apoio.

Arelado às condições clínicas da DRC, estão as repercussões psicossociais que associadas a mudança repentina no dia a dia, criam limitações para a realização de atividades até então rotineiras, constituindo-se em estressores para os pacientes e, conseqüentemente impactando a QV desses doentes, acarretando expressivas mudanças de vida e autopercepção (OLIVEIRA et al., 2016).

2.2 Qualidade de Vida do paciente com DRCT

A avaliação da QV é um problema complexo. Num dos estudos pioneiros neste campo intitulado “Quality of Life of American People” (CAMPBELL; CONVERSE; RODGERS, 1976), os autores relatavam a complexidade da medida e esclareciam que “as relações entre as condições objetivas e os estados psicológicos são muito imperfeitas e assim, de modo a conhecer a experiência de QV, será necessário ir diretamente ao próprio indivíduo para que ele descreva como sente a sua vida” (p.4). Esta pesquisa tinha como foco “a experiência de vida em vez das condições de vida”(p.7), ou seja, aquilo que as pessoas percebiam, sentiam, acerca da sua vida, em vez daquilo que os especialistas (políticos, economistas, sociólogos, médicos, psicólogos, etc.) percebiam ou sentiam sobre a vida dessas pessoas. Para os autores, entender essas questões requer do pesquisador adentrar o domínio das percepções, das expectativas, dos sentimentos e dos valores.

Ainda assim, é insuficiente relacionar apenas as competências, possibilidades e satisfação para mensurar o bem-estar, é preciso envolver três outros aspectos considerados centrais nessa avaliação: pertencimento ao âmbito da experiência privada; as medidas do bem-estar abarcando avaliação globais e particulares (saúde física e cognitiva; sexualidade; relações sociais; relações familiares e espiritualidade); e por fim, inclusão de medidas cognitivas (satisfação global com a vida e com os domínios selecionados) e emocionais (medidas emocionais ou afetivas, referenciadas a valores positivos e negativos). Essa contextualização vai ao encontro da definição de que a satisfação com a vida pode ser mensurada pela distância entre a percepção do indivíduo sobre a sua própria realidade e suas aspirações e desejos (CAMPBELL; CONVERSE; RODGERS, 1976).

Tal complexidade aumenta ao constatar que a definição da terminologia tende a ser conceitualmente relacionada a área de interesse em questão. Assim, ao tratar desse tema se faz necessário uma breve definição, tendo em vista ser conceitualmente complexo por envolver diversas áreas de estudo, levando a uma tendência conforme o interesse científico e político ao qual o estudo está voltado, igualmente como das possibilidades de operacionalização e avaliação. Neste contexto, a definição pode abarcar estilo ou condições de vida, satisfação e felicidade pessoal, e envolver sinônimos de saúde, dentre outros indicadores abrangendo desde a renda até a satisfação com determinados aspectos da vida (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

A definição de QV pela *World Health Organization Quality of Life - WHOQOL* (1995, p. 1405) leva em conta a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” Fleck (2000) pontua que a definição do Grupo *WHOQOL* reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente. O autor ainda alerta para a questão, que o que está em pauta não é a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou do estado psicológico, ou ainda como o profissional de saúde ou um familiar avalia essas dimensões: é a percepção do respondente/paciente que está sendo avaliada.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), QV é uma noção eminentemente humana e tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Diante destes aspectos, o conceito foi inicialmente usado para referir-se à conquista de bens materiais e para mensurar o desenvolvimento econômico. Atualmente, esse conceito está associado com a educação, o lazer, o trabalho, a saúde, a satisfação com a vida,

expectativas, as experiências diárias, além da percepção do indivíduo sobre sua QV (PASCHOAL, 2000).

De maneira geral, os autores citam QV como um conceito subjetivo, que envolve a percepção e pode ser avaliado somente pela própria pessoa, não podendo ser mensurado pela percepção de outra, mesmo que esta seja o cuidador, o familiar ou mesmo os profissionais da área de saúde, tais como enfermeiras, médicos e psicólogos. Em estudos realizados sobre a qualidade de vida, tendo como avaliador o cuidador ou o familiar, os escores tendem a ser inferiores em relação à avaliação realizada pelo próprio paciente (FLECK et al., 2008; KIMURA; SILVA, 2009 ; SALLES; FEDERIGHI, 2006).

Pereira, Teixeira e Santos (2012) alertam que a falta de consenso teórico leva muitas pesquisas a utilizarem conceitos como saúde, bem-estar e estilo de vida como sinônimos de QV. Por isso, abordam QV como uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e também objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

É fato que a QV tem sido apontada como um conceito multidimensional, e que os pesquisadores têm concordado sobre a importância de incluir aspectos físicos, como a capacidade funcional, as interações sociais, o comportamento afetivo e emocional e a saúde mental; aliando assim os diversos aspectos da vida humana. Outrossim, também estão de acordo com o fato de que apenas o indivíduo pode avaliar ou qualificar sua vida, (CORDEIRO et al., 2009; SANTOS; PONTES, 2007), haja vista a singularidade dos aspectos inerentes ao termo.

Quando a QV refere-se a saúde, essa “remete ao modo como a patologia e o tratamento influenciam a percepção das pessoas envolvidas no contexto de saúde-doença” (SANTOS; SARDINHA, 2018, p. 63). A Associação Brasileira de *Self-Healing* (ASH, 2014) defende que a qualidade de vida está relacionada à saúde (QVRS), sendo um subconjunto do termo QV, frequentemente utilizado para distinguir QV em sentido mais geral e QV relacionada a parâmetros clínicos. A QVRS aborda aspectos relevantes que podem variar a cada estudo, mas, em geral, englobam saúde, sintomas físicos, funções físicas, emocionais, cognitivas e sexuais, estado funcional e as possíveis consequências desses fatores (ASH, 2014).

Para o presente estudo, foi utilizado o conceito de QVRS em coerência com o instrumento *Kidney Disease Quality of Life Short Form-KDQOL-SFTM*, traduzido e adaptado

para o Brasil por Duarte et al. (2003), que ao referir-se ao doente renal crônico trata sobre a percepção do paciente sobre a saúde nos aspectos mental e físico, assim como a forma como a DRC interfere nas atividades da vida diária. Outros autores incluem fatores relacionados à religião, crenças e práticas (CRUZ et al. 2016a, 2016b) como possivelmente capazes de influenciar a QVRS de pacientes em HD em países menos desenvolvidos, comunidades ou onde a religião é de grande importância entre os pacientes.

O *KDQOL-SFTM* é um instrumento que inclui, como medida genérica de avaliação da saúde geral do indivíduo, o Item *Short-Form Health Survey* (SF-36), composto por oito domínios: funcionamento físico, função física, função emocional, função social, bem-estar emocional, dor, energia e fadiga e saúde geral; estes compõem o SF-12 componente físico e o SF-12 componente mental. Em conjunto, uma escala multi-itens com onze dimensões específicas para pessoas com DRC terminal em diálise, que inclui: sintomas/problemas físicos, efeitos da doença renal em sua vida diária, sobrecarga imposta pela doença renal, situação de trabalho, função cognitiva, qualidade das interações sociais, função sexual, sono, suporte social, incentivo por parte da equipe de diálise e a satisfação do paciente. Os escores de seus itens variam entre 0 e 100, sendo que o cálculo das pontuações é feito por dimensão, em que não existe um valor único resultante da avaliação global da QVRS, mas escores médios para cada dimensão, analisadas separadamente. Valores maiores refletem melhor QVRS, valores menores, QVRS menos favorável (HAYS et al., 1994). O instrumento em questão foi submetido ao processo de tradução, adaptação cultural e validação para a cultura brasileira por Duarte (2003).

Pesquisas têm demonstrado que a DRC e o tratamento de HD afetam negativamente a QV dos pacientes, tendo em vista limitar a capacidade cardiorrespiratória e física, prejudicando o desempenho de atividades do trabalho, lazer e convívio social (BARBOSA; ANDRADE; BASTOS, 2007; CUNHA et al., 2009; NASCIMENTO; COUTINHO; SILVA, 2012; SANTOS; SARDINHA, 2018).

Oliveira et al. (2016) elucidam que a QV no contexto do doente renal crônico refere-se à percepção do paciente sobre sua saúde mental e física, como também à forma como a DRC interfere em suas atividades de vida diária. Marinho et al. (2018) destacam que a análise dos níveis de QV dos pacientes com DRC contribui para que intervenções possam ser elaboradas e aplicadas em prol desses pacientes, que terão que conviver com a doença o resto das suas vidas uma vez que a mesma não possui cura.

A DRC acarreta uma série de desarranjos bioquímicos, clínicos e metabólicos, responsáveis direta ou indiretamente por altas taxas de hospitalização, morbidade e

mortalidade. Juntamente com o diagnóstico e tratamento, com seus consequentes impactos fisiológicos e emocionais, muitas perdas acontecem nos âmbitos profissional, social, sexual e psicológico. As condições clínicas da DRCT, somadas às suas repercussões psicossociais, constituem-se como estressores para os pacientes, limitando a realização de atividades, podendo causar impacto em sua QV (MELO, 2018; OLIVEIRA et al., 2016). Ribeiro et al. (2015) reforçam que as limitações decorrentes da HD e da progressão da DRC, principalmente as de ordem física, aumentam com o avançar da idade.

Quando se trata do paciente com DRC os índices de QV apresentam-se diminuídos, assim como maiores taxas de morbimortalidade (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005). A complexidade e a extensão da problemática ao tratar-se da QV desses pacientes têm levado a realização de estudos buscando analisar o impacto da condição (DRC) sobre a QV dos indivíduos acometidos.

Lopes et al. (2014) avaliaram a QVRS de pacientes em diálise. Em estudo transversal com 101 pacientes com DRC em HD, os autores verificaram que a QV estava comprometida nos domínios: função física (30, 20), situação de trabalho (37,13) e funcionamento físico (46,68). Estes domínios podem ser influenciados pela ansiedade relacionada ao tratamento, a perda de autonomia, a dificuldade em aceitar e lidar com a doença irreversível e incurável, a periodicidade em que se dá o tratamento, a queda de vitalidade e a limitação física a que passam a ter. Esses fatores podem ainda culminar com a falta de suporte familiar e de amigos, afetando ainda mais a saúde física e psíquica do enfermo, causando um impacto negativo na QV do paciente em tratamento (LOPES et al., 2014).

O paciente com DRC tem suas fragilidades e limitações físicas, psíquicas e sociais e, além da preocupação com sua QVRS, ele requer maior cuidado com suas necessidades emocionais, dada a cronicidade e longa duração do tratamento. Neste sentido, estudos que busquem avaliar o nível de resiliência desses enfermos são de extrema importância. Santos e Costa (2016) salientam que o que diferencia um paciente de outro é sua capacidade de resiliência, de passar pela situação adversa e conseguir superá-la e sair fortalecido. Slomka (2011) relatou sobre uma tendência à associação do estado clínico do paciente com DRC em diálise e sua capacidade de resiliência, observando que pode haver uma probabilidade que os mais resilientes enfrentem melhor o tratamento, apresentando uma melhora clínica.

2.3 Resiliência no contexto da DRCT

Martorelli e Mustaca (2004) afirmam que o estado psicológico do paciente é um fator que influencia no controle da enfermidade e em sua QV, e que, dessa forma, seria relevante realizar avaliações iniciais das capacidades e déficits psicológicos dos pacientes para futuramente correlacioná-los com a progressão ou não da doença, e poder realizar intervenções que fortaleçam suas capacidades psicológicas e comportamentais. Dentre essas capacidades ou potencialidades, a resiliência é um conceito de grande importância; porém, ainda pouco abordado e estudado na literatura científica na área da saúde e que, se bem compreendido e trabalhado, poderá ajudar a compreender melhor a forma pela qual o paciente enfrenta e responde a um tratamento invasivo como a HD.

Há uma multiplicidade de significados para o conceito de resiliência, o que revela que o constructo ainda é novo. Sua definição não é clara nem precisa, pois existe uma complexidade e infinidade de fatores e variáveis a serem analisados sempre que se estuda o ser humano (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; YUNES; SZYMANSKI, 2001; YUNES, 2003).

A raiz etimológica da palavra remete ao latim *resiliens*, que significa saltar para trás, voltar, ser impelido, recuar, encolher-se, romper. Já pela origem inglesa, *resilient* corresponde à noção de elasticidade e capacidade rápida de recuperação (Pinheiro, 2004). Historicamente, o uso do termo deriva das ciências exatas, sendo relacionado à resistência de materiais. Dessa forma, as pesquisas de línguas latinas pontuam que a resiliência tem suas origens no campo da física e da engenharia, onde o tema já era estudado desde o século XIX. Nessas áreas, a resiliência era definida como a capacidade de um material retornar à sua forma original após sofrer a aplicação de uma força (pressão), sem contudo apresentar alterações; tais estruturas eram denominadas resilientes. Thomas Young foi, em 1807, o mentor dessa descrição (BARLACK, 2005; LIBÓRIO, 2011; YUNES; SZYMANSKI, 2001).

A literatura aponta que a resiliência é uma estratégia, uma habilidade apropriada que leva o ser humano a se impor frente às adversidades da vida, superando-as, adaptando-se, recuperando-se e até mesmo transformando a sua própria vida (CHIESA, 2005; NORONHA, 2009; YUNES; SZYMANSKI, 2008). Esta concepção vai ao encontro do conceito de resiliência entendido por Silva, Elsen e Lacharité (2003), como uma habilidade de retornar ao estado de saúde mesmo após ter sofrido com uma doença. Para as autoras, esta habilidade humana para a enfermagem significa a capacidade dos seres humanos de enfrentar e

responder de forma positiva às experiências que se caracterizam como fator de risco para sua saúde e desenvolvimento.

Ao definir resiliência, é importante especificar se esta variável está sendo interpretada como uma característica, um processo ou um resultado, e muitas vezes, é tentador adotar uma abordagem binária ao considerar se a resiliência está presente ou ausente.

Coimbra e Morais (2015), referem que uma das principais críticas sobre os estudos de resiliência se fundamenta em percepções de “superação de adversidades,” que subsidiam uma ideologia neoliberal. Nessa perspectiva, o único responsável pelo processo de superação ou não das adversidades é o próprio indivíduo, sendo tomado como único responsável pelo seu sucesso, fato esse que desconsidera os determinantes sociais, econômicos e culturais. As autoras alertam ainda para o necessário cuidado de não se associar ao conceito de resiliência uma visão determinista e universalista do desenvolvimento humano (COIMBRA; MORAIS, 2015).

Libório (2011) adverte que é necessário garantir a superação de uma conceituação neoliberal de resiliência, uma vez que o indivíduo só construirá esses processos por meio das interações sociais, econômicas e culturais, ou seja, através da sua participação em práticas culturais oferecidas “...nas comunidades onde vivem, que delimitam sua constituição como ser histórico, sendo que é no interior desse sujeito historicamente situado que a resiliência se constrói” (LIBÓRIO, 2011, p. 45).

Para Waller (2001) *apud* Barlach (2005, p. 33) o fenômeno da resiliência é um processo dinâmico (multideterminado e sempre mutável), multidimensional ou ecossistêmico. A autora apresenta críticas aos estudos que trataram do fenômeno como sendo característico dos traços da personalidade, uma vez que se entende ser necessário um estudo de forma contextualizada, “[...] considerando sempre o ecossistema pela díade homem – meio”.

Dessa forma, trata-se de um fenômeno complexo, atrelado à interdependência entre os diversos âmbitos com os quais o sujeito interage direta ou indiretamente, e a ocorrência observa-se mais claramente enquanto ocorre a situação adversa. Esta complexidade se dá por ser um método dinâmico que envolve processos sociais e intrapsíquicos de vulnerabilidade e de proteção. Assim, se apoia ora na adversidade/riscos (situações desfavoráveis), ora na proteção (formas de apoio internas e externas ao indivíduo), levando-o a uma reconstrução diante do sofrimento (BARLACH, 2005; TOLEDO, 2010). Os fatores de proteção se constituem em características potenciais na promoção de resiliência, uma vez que podem minimizar os efeitos negativos ou disfuncionais na presença do risco, além da capacidade de

modificar, melhorar ou alterar a resposta pessoal diante de um perigo qualquer (FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012).

A resiliência não é constante nem definitiva, uma pessoa pode ser resiliente em determinados domínios e não noutros, dependendo de fatores de proteção que por sua vez modificam a reação aos perigos presentes no ambiente afetivo e social. Southwick et al. (2014) ponderam que, na realidade, a resiliência provavelmente existe num *continuum* que pode estar presente em diferentes graus e em múltiplos domínios da vida.

Anaut (2005) corrobora que a resiliência não pode ser considerada um processo estável e nem permanente, já que é construída e pode variar consoante as circunstâncias de vida e os contextos ambientais. A resiliência não é unidimensional, nem um atributo que as pessoas têm ou não têm, implica na consideração de outros tantos fatores, habilidades. Tampouco é um atributo fixo e estável, é inadequado pensar-se que existem pessoas resilientes a todas as adversidades e em qualquer fase da vida (REIVICH; SHATTÉ, 2002, *apud* LEVER; VALDEZ, 2010).

Rutter (1985, 1993), um dos pioneiros no estudo da resiliência no campo da psicologia, questiona o conceito de invulnerabilidade, pois esse passa a ideia de resistência absoluta ao estresse, de uma característica imutável, como se a pessoa fosse intocável e considerando-a como capaz de suportar o sofrimento a qualquer nível, e restringindo a possibilidade de um indivíduo ser influenciado pelo meio onde se insere. O autor ainda considera que a invulnerabilidade passa a ideia de ser só uma característica intrínseca do indivíduo.

A psicologia aponta para a capacidade de enfrentar positivamente acontecimentos adversos numa perspectiva de promoção da saúde, bem-estar e QV. Existem pessoas que sucumbem às adversidades, pelas situações conflitantes, estressoras e pela violência, enquanto outros indivíduos, além de não se deixarem abater pelo infortúnio, ainda se mostram capazes de aproveitá-lo para seu crescimento pessoal, social e profissional (SÓRIA et al., 2006).

Na área da saúde, a resiliência vem avançando com estudos com pacientes em situações traumáticas e com pessoas em condições crônicas de saúde (NEWTON-JOHN; MASON; HUNTER, 2014; SLOMKA, 2011). Uma hipótese para isso é que possa possibilitar certo controle sobre o impacto negativo das decorrências físicas, sociais e econômicas percebidas na doença e as implicações emocionais que venham a ser sentidas (VINACCIA; QUICENO; REMOR, 2012). Isso vai ao encontro de que ser resiliente é o paciente adaptar ou modificar a realidade cada vez mais imprevisível e agir adequadamente e rapidamente (CARDOSO; SADE, 2012).

Resiliência tem sido avaliada em vários contextos de doenças crônicas, assim como são diversas as definições e abordagens acerca do que é essa condição, tendo em vista a complexidade e a presença de fatores e variáveis em estudos sobre fenômenos humanos. Ao se tratar de sintomas relacionados a enfermidades, compreende-se a resiliência como possibilidade de mudança, como capacidade de o indivíduo lidar com a doença, aceitando os limites diante da condição imposta pela enfermidade, com adesão do tratamento, adaptando-se a situação para viver de forma positiva (BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016).

Diversas são as alterações pelas quais passam os pacientes com diagnóstico de DRC, com infinitas adaptações a serem inseridas em suas vidas diárias. Oller et al. (2018) referem que as mudanças nos hábitos de vida decorrentes da doença geram dificuldades associadas à ausência de experiências que proporcionam prazer, à incapacidade física para desempenhar atividades cotidianas, deslocamento para os centros de diálise, mudanças nas condições de trabalho e financeiras. Todos esses desafios requerem melhores níveis de resiliência por parte dos pacientes, para que possam seguir suas vidas de forma positiva, mesmo lidando com uma doença incurável.

Corroborando, um estudo realizado no Irã, teve por objetivo determinar a relação entre adesão ao regime terapêutico e o nível de resiliência em pacientes com DRC em tratamento de HD. A amostra foi composta por 107 pacientes, 57 homens e 50 mulheres. Os resultados do estudo indicaram que os pacientes que tiveram adesão ao tratamento apresentaram média superior de resiliência $80,48(\pm 15,71)$, em relação àqueles que não aderiram $73,38(\pm 13,84)$, com diferença estatística significativa ($p=0,032$) (NOGHAN et al., 2018).

Brandão, Mahfoud e Gianordoli-Nascimento (2011) ressaltam que a resiliência contribui para o conhecimento dos fatores que permitem ao paciente desenvolver condições emocionais sadias para superar as adversidades, como as limitações da doença crônica, adaptando-se sem que isso lhe cause maiores danos.

Terra et al. (2015) ao discursarem sobre o tratamento, afirmam ser a HD uma experiência difícil e dolorosa, ainda que essencial para a manutenção da vida da pessoa com DRC, o que retorna ao discurso sobre requerer adaptações às mudanças e inserção de novos hábitos alimentares, modificação nas rotinas entre outros aspectos que envolvem a perda da autonomia, acarretando alterações na integridade física e emocional.

Conforme Cardoso e Sade (2012), alguns medos comuns fazem parte do cotidiano dos pacientes quando do diagnóstico da DRC e do seu tratamento como a morte, dependência do companheiro/a, da família, do tratamento hemodialítico, da equipe de enfermagem e do médico; do resultado da mudança na imagem corporal como a desfiguração, podendo resultar

na perda ou na mudança da função sexual e as incapacidades que interferem na realização do trabalho ou lazer; assim como a ruptura das relações interpessoais; desconforto ou dor nos estágios avançados, no período do tratamento hemodialítico.

De acordo com Coitinho et al. (2015) a resiliência garante uma maior adesão ao tratamento hemodialítico, além de melhora na aceitação quanto as adaptações impostas pelas restrições da doença, o que requer dos profissionais que estão mais próximos do paciente estimular o desenvolvimento da resiliência, afim de que este desenvolva auto responsabilidade e mudança de comportamento.

Nesse contexto, o profissional de saúde e os familiares podem contribuir dando ênfase à resiliência, não ressaltando apenas os aspectos biológicos da doença e procurando fazer com que se considerem as potencialidades de que o paciente dispõe, buscando contribuir para que ele se perceba como também responsável por seu tratamento e capaz de administrar e controlar seus impulsos, desenvolver empatia, sendo otimista, analisando as causas, buscando a autoeficácia, mantendo e criando novos vínculos, e tendo sempre como base o sentido na vida. (SILVA et al., 2016, p. 152).

Silva et al. (2016), ao buscarem conhecer as estratégias de enfrentamento em uma população de 230 pacientes renais crônicos regularmente acompanhados e submetidos à hemodiálise em uma unidade de referência em hemodiálise no Nordeste do Brasil, observaram que o enfrentamento se focalizava na emoção pelo apego à religião/crença, a busca de apoio da família, pela negação e esquiva, que se mostraram importantes fatores a serem considerados. A resiliência destacou-se como meio para se encarar os problemas iniciais frente à DRC e como forma de adaptação psicológica às mudanças do cotidiano com o tratamento.

Segundo Newton-John, Mason e Hunter (2014) a resiliência pode ser um fator explicativo para a variabilidade interpessoal constatadas após o início de um estressor, tendo em vista que teoricamente sugere que a autoconfiança e o apoio social são variáveis conceituais chave, sendo esse o achado de tal estudo, uma associação positiva entre maior resiliência / melhor apoio social, probabilidade maior de resposta ao tratamento, apesar da dor.

Para Silva et al. (2003), o estudo da resiliência representa uma mudança paradigmática na área da saúde, na medida em que prioriza o potencial para a produção de saúde em vez de apenas focar os aspectos patológicos, e também uma possibilidade de ampliar a compreensão do processo saúde /doença centrado somente no indivíduo, passando para uma abordagem que

inclui a família e a comunidade, articulando as relações entre os contextos sociais, culturais, econômicos e políticos (SILVA et al., 2003).

Pelo exposto, ressaltamos a importância de utilizar meios que favoreçam o bem-estar, a resiliência e QV dos pacientes em tratamento de HD, para além do tratamento convencional de sua patologia. Nesse sentido, retomamos a possibilidade de verificar o efeito da intervenção psicoterapêutica RIME nessa população em estudo.

2.4 A intervenção psicoterapêutica breve RIME e suas bases teóricas

Através de dissertação de mestrado, a psicóloga e pesquisadora Ana Catarina Araújo Elias (2001a; 2001b; 2002^a; 2002b) desenvolveu a intervenção Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade, tendo como premissa básica a ressignificação da Dor Simbólica da Morte em pacientes em fase de terminalidade. O objetivo com este trabalho era proporcionar ao paciente uma qualidade de vida no processo de morrer, por meio de uma morte serena e digna.

Com o objetivo de aprofundar a compreensão da natureza da dor espiritual e de dar novo sentido a esta dor, em 2005 a autora deu continuidade à pesquisa em tese de doutorado, pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), na qual operacionalizou um curso de capacitação sobre o uso da intervenção por outros profissionais da área da saúde, com a análise da vivência destes profissionais durante a aplicação e avaliação junto aos doentes. Fizeram parte do treinamento seis profissionais, sendo uma enfermeira, um médico, três psicólogos e um terapeuta alternativo, todos qualificados em cuidados paliativos, e foram convidados a aplicar a intervenção em 11 pacientes com câncer, em hospitais públicos e domicílio, nas cidades de Campinas, Piracicaba e São Paulo. A partir desse treinamento, a técnica ganhou a abreviatura RIME, e passou a ser considerada intervenção psicoterapêutica breve (ELIAS et al., 2006; ELIAS et al., 2007; ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2008).

O Programa de Treinamento para aplicação da Intervenção RIME mostrou-se eficaz para preparar profissionais de saúde para o seu uso, capacitando-os para o cuidar e para prestar assistência psicoespiritual dentro de uma perspectiva acadêmica, na área de saúde / hospitalar. A análise qualitativa e quantitativa indicou que a intervenção RIME promoveu, para os pacientes, QV no processo de morrer, assim como mais serenidade e dignidade diante da morte. Os resultados indicaram que é viável a aplicação da RIME por profissionais de

saúde diversos, que tenham afinidade com os fundamentos teóricos que norteiam esta intervenção (ELIAS, 2005; ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2008).

Durante o pós-doutorado, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), a autora estudou os benefícios da citada intervenção em 28 mulheres mastectomizadas, em tratamento de câncer de mama e com possibilidades de cura (ELIAS et al., 2015; ELIAS et al., 2017). Nesta pesquisa, a aplicação da intervenção RIME foi comparada com a psicoterapia breve (PB) por meio de palavras aplicada no grupo controle (GC), e observou-se, de acordo com as análises estatísticas, que a RIME tem mais força de estruturação psíquica e fortalecimento egóico que a PB por meio de palavras, pois promoveu melhora significativa tanto na percepção da QV, como na autoestima das pacientes. Em relação à promoção de esperança e a transformação do foco (sofrimento psicológico escolhido pela paciente para ser trabalhado) os resultados entre a RIME e a PB foram similares, no entanto, observou-se que a RIME tem força de transformação mais rápida, pois foram aplicadas três sessões de RIME, e na PB por meio de palavras do GC foram aplicadas uma média de seis sessões (ELIAS et al., 2015).

A RIME é uma intervenção psicoterapêutica breve de apoio, de caráter complementar, que integra as técnicas de relaxamento, imaginação dirigida e elementos da espiritualidade, atribuindo novo sentido à dor espiritual dos pacientes ao compreendê-los como seres biopsicossociais e espirituais, ultrapassando puramente questões biológicas e constituindo uma abordagem simbólica e transpessoal (ELIAS et al., 2017; ELIAS, 2018). Tem como objetivo ressignificar a dor psíquica, a dor espiritual ou um foco de sofrimento definido pelo paciente. Possibilita o fortalecimento dos recursos psíquicos saudáveis e da resiliência, promovendo QV frente ao adoecer (ELIAS, 2018). A intervenção é baseada no modelo biopsicossocial e espiritual, desenvolvida para pacientes terminais e também com possibilidades de cura. O objetivo da intervenção para pacientes terminais é ressignificar a dor simbólica da morte, composta pela dor psíquica e pela dor espiritual; já em pacientes com possibilidades de cura, sua finalidade é ressignificar um foco de sofrimento psicológico, definido pelo paciente. A RIME provoca o bem-estar ao paciente, estimulando transformações positivas advindas do contato com o próprio interior (ELIAS et al., 2006; ELIAS et al., 2007; ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2008).

A autora do estudo elucidada que a dor simbólica da morte pode ser constituída pela dor psíquica e pela dor espiritual. A dor psíquica é caracterizada pelo medo do sofrimento e humor depressivo representado por tristezas, angústias e culpas frente às perdas; Já a dor espiritual é constituída pelo medo da morte, medo do pós morte, ideias e concepções

negativas em relação ao sentido da vida e em relação à espiritualidade e culpas perante Deus (ELIAS et al., 2006; ELIAS et al., 2007; ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2008).

Os componentes dor psíquica e dor espiritual fazem parte do conceito de dor total, implementada por Cicely Saunders, precursora dos cuidados paliativos (CP) e do movimento moderno dos *hospices* ao abordar uma nova forma de cuidado multiprofissional que valoriza a QV durante o período do adoecer e morrer. Cicely Saunders desenvolveu e propôs o conceito da Dor Total, na década de 60, atribuindo ao sintoma dor uma conotação que congrega alguns pontos da existência humana: o físico, o mental, o emocional e o espiritual, após avaliação dos pacientes com câncer que se queixavam de dor. Esse conceito de Dor Total foi desenvolvido na Inglaterra no *St. Christopher Hospice*, cuja estrutura não só permitia a assistência aos doentes, mas também o desenvolvimento de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países. De formação multiprofissional – enfermeira, médica e assistente social – Saunders dedicou sua vida aos pacientes fora de possibilidade de cura. Para ela, quando não era mais possível curar, era possível cuidar. O conceito pode ser utilizado para o tratamento de pacientes com outras doenças, influenciando no desenvolvimento de uma nova modalidade da medicina, denominada Medicina Paliativa (MP) (CICELY SAUNDERS, 2005).

Saunders (1991) percebeu a presença de um estado complexo de sentimentos dolorosos no cuidado da dor em pacientes terminais: dor física, dor psíquica (medo do sofrimento e da morte, tristeza, raiva, revolta, insegurança, desespero, depressão), dor social (dependência, rejeição, inutilidade) e dor espiritual (falta de sentido na vida e na morte, medo do pós-morte, culpas perante Deus). Posteriormente, a autora acrescentou novas dimensões da dor: dor financeira (perdas e dificuldades), dor interpessoal (isolamento e estigma) e dor familiar (mudança de papéis, perda de controle, perda de autonomia). A dor espiritual pode ser mais prevalente e relevante que a dor psíquica, porque o medo do sofrimento seria um componente do medo da morte.

A intervenção RIME é estruturada a partir de pesquisas que descrevem os relatos de pacientes que passaram por uma EQM, e voltaram a viver normalmente, assim como a partir da Psicologia Junguiana (ELIAS; GIGLIO, 2001a; ELIAS et al., 2015). A intervenção encontra-se inserida no contexto de cuidados paliativos (CP) e favorece a potencialização dos recursos internos do paciente.

Segundo Elias (2018) a intervenção RIME é composta por bases teóricas, ou seja, fundamentos teóricos que sustentam e orientam a aplicação da RIME, e estão relacionadas a

seguir, sendo elas: Relaxamento Mental, as Imagens Mentais (Imaginação Dirigida) e a Espiritualidade.

2.4.1 Relaxamento Mental

O relaxamento mental corresponde a um estado de ausência de tensão muscular e de ansiedade, no qual prevalece a serenidade mental e muscular, ainda assim não é considerado um estado de sonolência induzida, na qual o indivíduo perde o controle sobre seus atos. No estado de relaxamento mental o indivíduo está em estado natural experimentando diversos momentos, como no devaneio ou no sonho acordado, na meditação, na oração ou, similar a exercícios em que o som e movimentos exteriores perdem sua importância (BHASIN et al., 2013; DUSEK; BENSON, 2009; ELIAS; GIGLIO, 2001a; 2001b).

Considera-se importante a respiração lenta e profunda que leva o indivíduo a alcançar o estado de relaxamento e a proporcionar um trabalho com imagens mentais bem sucedido. Quando da observação, por parte do paciente, de sua própria respiração, conscientemente e focalizada, permite-lhe voltar para seu interior, favorecendo importantes mudanças fisiológicas. A esse respeito, Pinheiro et al. (2007) pontuaram que a prática da respiração lenta e profunda favorece a redução da pressão arterial, aumenta a variabilidade da frequência cardíaca, reduz a frequência respiratória e aumenta a expansibilidade torácica, que, conforme afirmaram Radaelli et al. (2004), promove a melhoria da sensibilidade do barorreflexo independente da faixa etária ou da condição de estar ou não saudável do indivíduo.

Ao avaliar as alterações fisiológicas decorrentes da prática do relaxamento, principalmente se realizada em longo prazo, observou-se efeitos opostos ao estado de estresse (BHASIN et al., 2013). Já a curto prazo, fisicamente pode-se observar diminuição de frequência cardíaca e respiratória e da pressão arterial, imobilidade corporal e leve tremor palpebral (BHASIN et al. 2013; DUSEK et al., 2006; DUSEK; BENSON, 2009; ELIAS; GIGLIO, 2001a; 2001b; ELIAS et al. 2006; ELIAS et al. 2007; ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2008).

Outras respostas fisiológicas foram percebidas, quando do relaxamento, como as associadas as mudanças bioquímicas: reduções no consumo de oxigênio em alterações no metabolismo energético, secreção de insulina e vias inflamatórias (BHASIN et al. 2013; DUSEK et al., 2006; DUSEK; BENSON, 2009), além de alterações em expressões de genes específicos (DUSEK et al., 2008). Essas mudanças são prevalentes para promoção da

diminuição da ansiedade e da depressão, além de melhorar a capacidade para lidar com os fatores estressantes (ELIAS, 2001a, 2001b; 2002a, 2002b, ELIAS et al. 2006, ELIAS et al., 2007; ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2008).

Segundo Elias (2018) para aplicação da RIME, a indução do relaxamento mental é realizado através da consciência focalizada na respiração lenta e profunda, procurando-se expirar mais lentamente que o inspirar, induzindo o paciente à respiração diafragmática, em contraposição à torácica e sugestioná-lo ao relaxamento mental, por meio da audição de uma música suave. As músicas utilizadas são do compositor Aurio Corrá, um dos pioneiros da música *New age* no Brasil, cujos acordes estão relacionados harmonicamente a um modo de pensar e de se interagir, integrando as realidades física e espiritual, de forma a facilitar a transformação pessoal; Caso o paciente não se identifique com nenhuma destas músicas compostas por Aurio Corrá, ele pode escolher outra música de seu agrado, desde que seja propícia ao relaxamento mental.

Também são sugeridas orientações para que o paciente relaxe seus músculos da cabeça para os pés, passo a passo: face, nuca, ombros, braço esquerdo, braço direito, mãos, tórax, abdome, perna esquerda, perna direita e pés.

Sobre o relaxamento mental associado à visualização de imagens mentais, Elias (2018) resume citando Achterberg (1996) e Simonton (1997) que este método proporciona um melhor contato com o mundo interno e favorece mudanças de atitudes e ideias frente às experiências atuais de sofrimento.

2.4.2 Imagens Mentais (Imaginação Dirigida)

Dentre as funções mentais encontram-se as imagens, correspondendo a uma experiência dinâmica, próxima a realidade, envolvendo um processo psicofisiológico. A visualização é o termo associado as imagens mentais (MENZIES; TAYLOR, 2004).

As imagens mentais, de maneira geral, envolvem mais emoções do que as representações verbais. Assim, estas acabam sendo mais aceitas como reais e, conseqüentemente, acarretam comportamentos associados (HACKMANN, 2011).

Grandes nomes do início da medicina ocidental, como Hipócrates e Galeno tiveram importante contribuição na história do uso de imagens mentais. Hipócrates (cerca de 460 a 377 a. C.) dizia que tudo que afeta a mente afeta também o corpo, e apresentava a importância das emoções e dos pensamentos do paciente em relação a sua saúde e ao sucesso do

tratamento. Galeno (cerca de 129 a 200 d. C.), que influenciou profundamente a medicina medieval, destacava que as imagens espontâneas do paciente são relevantes para o diagnóstico. Aristóteles também contribuiu para a história da visualização, ao definir todo pensamento como um composto de imagens (FANNING, 1993, p. 293).

Sant'Anna (2005) aponta que a investigação das imagens psíquicas é de fundamental importância para a psicologia moderna, e que atualmente as questões inerentes às imagens mentais são cada vez mais discutidas e que todas as tendências terapêuticas atuais fazem uso, mais ou menos consciente, de uma abordagem clínica que inclui o trabalho com imagens.

A função primária das imagens mentais é a geração de previsões específicas com base em vivências do passado, permitindo criar possíveis consequências como se o indivíduo estivesse vivenciando situações ou momentos. Quando o indivíduo ativa sistemas cerebrais de percepção, a visualização de imagens mentais possibilita simular vivências de cenários e situações pessoais significativas para essa pessoa (MOULTON; KOSSLYN, 2009).

Assim, por meio das figuras simbólicas acessadas no processo de visualização o indivíduo pode contatar sua realidade subjetiva interna, ampliando a consciência e explorando seu inconsciente não verbal, possibilitando novas formas de lidar com as experiências atuais, atribuindo novas perspectivas frente a sua vivência atual (ELIAS; GIGLIO, 2001a; 2001b).

Jung (1986a) relata que o símbolo é o mecanismo psicológico intermediário entre a energia e a ação, podendo ser um termo, um nome, uma imagem familiar no nosso cotidiano, que possua implicações especiais além de seu significado padrão. Remete a alguma coisa vaga, desconhecida ou oculta para nós. O autor cita ainda que, a mente, quando perscruta um símbolo, é conduzida a ideias que estão fora do alcance da razão (JUNG, 1986a).

Freud (1975) pondera que o símbolo é uma distorção do real, que procura ocultar uma verdade inaceitável ou que cause sofrimento ao indivíduo. Enquanto isso, na opinião de Jung (1986a) o símbolo é a linguagem natural do inconsciente, a maneira como o inconsciente se expressa; na visão junguiana o símbolo não é uma distorção, uma máscara da realidade subjetiva interna. O símbolo é a linguagem natural do inconsciente para se expressar.

Elias (2018) pontua que outra questão relevante que difere da forma de compreensão do símbolo como manifestação do inconsciente entre a Psicanálise e a Psicologia Junguiana, relaciona-se à compreensão de Freud, de que no inconsciente repousam apenas aspectos reprimidos, desejos inaceitáveis ou experiências traumáticas, cujas memórias ficam reprimidas no inconsciente por causar sofrimento ao sujeito. Jung (1986a) por sua vez pondera que no inconsciente pessoal, o qual ele denominou Sombra, além dos relatados conteúdos reprimidos referidos por Freud, os quais Jung chama de complexos, existe também

um potencial arquetípico reprimido, um “tesouro”, que se integrado à consciência, pode resultar no desenvolvimento criativo da personalidade.

Elias (2018) citando Edinger (2006) pontua que as imagens alquímicas, que são imagens arquetípicas de transformação ou símbolos de transformação, fazem parte do simbolismo alquímico e descrevem o processo de psicoterapia profunda que é idêntico àquilo que Jung denominou individuação.

A Intervenção RIME é estruturada por elementos arquetípicos, os símbolos de transformação (JUNG, 1986a), integrados aos elementos da espiritualidade descritos pelos pacientes que passaram por EQM, e que resultam em quatro imagens de possível caráter arquetípico e que devem sempre ser induzidas, independente de qual seja a realidade psíquica individual de cada paciente. Estas quatro imagens de possível caráter arquetípico, podem ser acrescidas, se necessário, de outros símbolos diversos, de acordo com a história de vida de cada paciente (ELIAS, 2018).

Jung (1986b) reportou que a alquimia descreve um processo de transformação química, dando diversas instruções para sua realização, e assinalou quatro estágios, caracterizados pelas cores originárias:

1. Melanosis: o enegrecimento, ou negrume;
2. Leukosis: o embranquecimento;
3. Xanthosis: o amarelecimento;
4. Iosis: o enrubescimento.

Para o processo alquímico simbólico desenvolvido para aplicação da Intervenção RIME, manteve-se os quatro estágios: enegrecimento, embranquecimento (ou albedo), amarelecimento e enrubescimento. Na Intervenção RIME também utilizou-se três operações alquímicas, as que são consideradas principais: solutio, coagulatio e coniunctio (ELIAS, 2018).

O negrume ou “nigredo” é um estado inicial, sempre presente no início como uma qualidade da prima matéria, do caos ou da massa confusa (EDINGER, 2006).

Jung considera que de acordo com os alquimistas, a albedo é a aurora, mas só a rubedo, o enrubescimento, é o nascer do sol. A transição da albedo para a rubedo é o amarelecimento (citrinitas), ou seja, o processo alquímico para ser completo precisa terminar na rubedo, transitando opcionalmente pelo amarelecimento (JUNG, 1986c).

Na RIME, a transição pelo amarelecimento (citrinitas) acontece por meio da imagem de sementes douradas que são depositadas, pelo Ser Espiritual de Luz, na testa, na garganta,

no coração, no umbigo, nas mãos e nos pés do paciente, para que iluminem os pensamentos, as palavras, os sentimentos, as emoções, a ação e o caminhar deste (ELIAS, 2018, p.39).

Como a alquimia só termina com a rubedo, a RIME é concluída com a imagem de uma caixa vermelha contendo um presente, que o Supremo Ser Espiritual de Luz entrega para o paciente, como referência simbólica a um específico aspecto do potencial criativo que deve ser desenvolvido, vivenciado, através do ego. O paciente é convidado a abrir a caixa e visualizar o que ela contém, o presente, que é o símbolo do material criativo existente no inconsciente do paciente e que deve ser integrado à consciência para a transformação e desenvolvimento da personalidade (ELIAS, 2018).

Elias (2018) destaca que em resumo, o processo alquímico de transformação psicoespiritual, através da aplicação da Intervenção RIME, tanto em pacientes fora de possibilidades de cura, como em pacientes com doenças crônicas, com possibilidades de cura, é realizado através das operações alquímicas *solutio*, *coagulatio* e *coniunctio*.

Dessa forma, e sem a pretensão de querer aprofundar-me nas definições e explicações específicas da psicologia, descrevo os passos da RIME inerentes aos símbolos ou imagens que resultam na transformação psicoespiritual dos pacientes, conforme descrito por Elias (2018):

Passo 1) Inicia-se pela matéria prima *nigredo*:

Identificação do foco para transformação, por meio de uma entrevista semiestruturada (um comportamento, emoção; ou sentimento que sugerem sofrimento psicológico);

Passo 2) Escolha da música, da imagem inicial e definição do ser de luz;

Passo 3) Indução do estado de relaxamento mental, através de respiração lenta e profunda e da audição de uma música suave previamente escolhida pelo paciente, do compositor Àurio Corrá;

Passo 4) Indução da visualização de imagens mentais no local escolhido pelo paciente (imagem inicial);

Passo 5) Realiza-se a *Solutio* para se chegar a *albedo*, por meio de duas imagens:

1ª imagem: água, representada por cachoeira, ou mar, ou rio, ou lago onde o paciente lava o seu sofrimento, o seu conteúdo sombrio;

2ª imagem: túnicas coloridas, das cores do arco-íris, as quais o paciente experimenta todas e depois escolhe aquela de sua cor preferida, em referência aos chakras impetrados pelas tradições orientais;

Passo 6) Realiza-se a *Coagulatio* para se chegar a *Citrinitas*:

3ª imagem: Sementes douradas que são depositadas por um Supremo Ser Espiritual de luz, que emana amor absoluto incondicional. São depositadas na testa, na garganta, no coração no umbigo, nas mãos e pés do paciente, para que iluminem os pensamentos, as palavras, os sentimentos, as emoções, a ação e o seu caminhar;

Passo 7) Realiza-se a *Coniunctio* para se chegar a *rubedo*:

4ª imagem: caixa vermelha, contendo dentro dela um presente que o supremo Ser Espiritual de luz que emana amor absoluto e incondicional,

entrega para o paciente, como referência simbólica a um específico aspecto do potencial criativo que deve ser desenvolvido, vivenciado, pelo paciente.

Ao finalizar a vivência, quando o paciente se prepara simbolicamente para voltar ao lugar de onde partiu, recebe também um manto azul, que simboliza a proteção (ELIAS, 2018, p. 44).

Elias (2018) conclui que a RIME não trabalha com a busca de uma solução cognitiva, racional, para os problemas e os sofrimentos dos pacientes, e sim, potencializa seus recursos internos, a pulsão de vida, como a força para a transformação dos problemas e dos sofrimentos.

2.4.3 Espiritualidade

Apesar de a tecnologia estar presente interagindo em todas as áreas do conhecimento, o homem se volta às crenças e valores ligados à espiritualidade ou à religião para resolução e enfrentamento de crises, problemas sociais ou de saúde (SILVA, 2011). Compreende-se que “a espiritualidade proporciona uma forma de resiliência para resistir às pressões físicas e psicológicas sofridas e para melhor enfrentar as dificuldades” e constitui-se de diversos significados e ações de práticas pelos envolvidos, sendo eles o paciente, os enfermeiros e a família (SILVA, 2011, p. 354).

Koenig, McCullough e Larson (2001) definem a espiritualidade como uma busca para entendimento das questões finais sobre a vida, seu sentido, e relações com o sagrado, podendo ou não levar ao desenvolvimento de ações religiosas ou ainda de formação de comunidades religiosas. Por religiosidade compreendem ser uma extensão que o indivíduo acredita, seguindo práticas de uma religião, participando na igreja ou rezando em casa, lendo sobre o assunto ou acessando as informações de forma não organizacional. A religião se vale de práticas e certos rituais característicos de cada uma, induzindo ao contato com a espiritualidade. A espiritualidade auxilia na relação ambiental, intra e interpessoal, ajudando a dar significado e finalidade a vida, intensificando a medida em que existe algum tipo de dor e sofrimento (LAGO-RIZZARDI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2010).

As necessidades espirituais são de todos os indivíduos, independente de suas crenças, práticas, assim, o fato de não acreditar em forças sagradas superiores, ou vida após a morte, ou mesmo qualquer outro aspecto material, o indivíduo pode apresentar as necessidades espirituais. A esse respeito, estudo realizado por Smith-Stoner (2007), explorando as

preferências do cuidado em final de vida de ateus, mostrou que apesar do uso do termo espiritualidade ser rejeitado em alguns pacientes, no geral o termo foi apropriado para descrever a busca de sentido na vida e autoaceitação (intrapessoal), relações familiares (interpessoal e amigos) e conexão com a natureza (animais e meio ambiente).

Seybold (2007) em seus achados num estudo de revisão observou que as experiências emocionais provocam alterações físicas como expressão de neurotransmissores e reforço de circuitarias neuronais, como exemplo, pessoas em estado de depressão que possuem resposta imune reduzida como queda na proliferação dos linfócitos natural killer (NK) e um menor número de células B, T, CD3, CD4, o que pode ser induzido também pelo estresse. Por meio da meditação ocorre uma redução na contagem de substâncias que levam a diminuição das células imunológicas (hormônio adenocorticotrófico (ACTH) e cortisol) e elevação de mediadores reduzindo a percepção de dor como ácido gama-aminobutírico (GABA), serotonina e dopamina. Conforme Seybold (2007), a diminuição do ACTH leva a redução da secreção de cortisol que por sua vez reduz o estresse, o que vai ao encontro da pesquisa em que Lindberg (2005) comprova que a dedicação a espiritualidade reduz valores de pressão arterial, frequências cardíaca e respiratória, glicemia e cortisol, aumento da autoestima e diminuição da ansiedade. Seybold (2007) observou que a espiritualidade e religiosidade tornam as pessoas mais confiantes e calmas, ocorre um aperfeiçoamento do hipocampo que melhora a resposta dele diante de um estímulo agressor e a sua memória de defesa ao estímulo. O mesmo autor alerta que o excesso de estimulação do hipocampo pode levar à depressão e ao suicídio por deficiência em sua comunicação com o sistema hipotálamo-pituitária-adrenal, contrário ao que ocorre em pessoas religiosas. As práticas espirituais podem aumentar a quantidade de receptores serotoninérgicos, regulando o humor principalmente diante da dor, além de proporcionar melhora nos indicadores de saúde mental, na adaptação ao estresse e maior enfrentamento no dia a dia do indivíduo.

O método de intervenção RIME utiliza-se do conceito de espiritualidade fundamentado em cinco bases teóricas escolhidas com base no significado de espiritualidade a partir das necessidades espirituais de doentes em processo de terminalidade, no mundo espiritual, na morte e no pós-morte, numa perspectiva acadêmica, isenta de religiosidade, partindo das afinidades conceituais e filosóficas e de estudos prévios com a intervenção (ELIAS, 2018). Assim, Elias e Giglio (2002a, 2002b) e Elias et al. (2006; 2007; 2008) utilizam-se do conceito de espiritualidade oriundo dos estudos de Carl Gustav Jung; Celso Charuri, psicanalista e filósofo; pesquisadores médicos que realizam estudos sobre as EQM;

também se utilizam do conceito advindo dos estudos da Enfermeira Carla Penrod Herman; e dos sonhos e vivências de natureza espiritual relacionados à fase de terminalidade.

A primeira base teórica é fundamentada nos estudos de Carl Gustav Jung, psiquiatra fundador da Psicologia Analítica. Jung (1986a) defendeu que a espiritualidade relaciona-se a atitude, ação interna, ampliação da consciência, contato do indivíduo com sentimentos e pensamentos superiores e no fortalecimento e amadurecimento que este contato proporciona para a personalidade. Para ele, utilizando-se do pensamento racional não se faz possível compreender a realidade espiritual.

A segunda base teórica advém de Celso Charuri, médico, cirurgião, psicanalista e filósofo brasileiro, falecido na década de 1980. Para Charuri (2001), a espiritualidade relaciona-se a vivência do “Amor Maior”, um estado de plenitude e sentimento absoluto manifesto na personalidade através da ampliação da consciência. Tanto Jung, quanto Celso Charuri defenderam que a dimensão espiritual compõe-se por elementos ligados aos sentimentos, não podendo ser racionalizada justamente por essa razão.

A terceira base teórica é fundamentada nos elementos que compõem a questão da espiritualidade, a partir dos estudos de autores médicos sobre as EQM. Essa expressão foi utilizada primeiramente por Moody Junior (1992) como forma para conceituar a vivência de indivíduos que foram dados como clinicamente mortos, e com base em relatos de pacientes que vivenciaram a experiência e retornaram desse estado, o qual alguns pacientes relacionaram como uma experiência profunda, afirmando ingressarem em outra esfera ou dimensão deixando seus corpos e transcendendo as fronteiras do tempo e do espaço (GREYSON, 2007).

No que tange às Experiências de Quase Morte, os estudos desenvolvidos por Greyson (2000; 2003), Kübler-Ross (1998; 2003), Moody Junior. (1989; 1992), Morse e Perry (1997), Parnia e Fenwick (2001), Van Lommel (2004), Van Lommel et al. (2001) e Weiss (1998, 1999) demonstraram que existia uma constelação ampla de elementos comuns marcando este fenômeno, com pequenas variações. Esses estudos foram fundamentais na elaboração dos componentes da intervenção RIME, especialmente no conceito de Espiritualidade, pois deles foi apreendido que o retorno à vida após a EQM ocorria de uma forma tranquila, principalmente porque estas pessoas tiveram a oportunidade de vivenciar conscientemente, segundo Elias (2001, p. 11), “a natureza espiritual da existência”. E, a partir desta experiência, conteúdos expressivos foram revelados, inspirando-a a desenvolver um trabalho no sentido de diminuir a Dor Espiritual da Morte, através da sua re-significação.

Greyson e Steveson (1980) definiram a EQM como um nível alterado de consciência que ocorre durante a inconsciência resultando em risco de vida, ou seja, uma “experiência temporária dos estágios iniciais de morte” (AGRISLO, 2011, p. 1). A EQM pode radicalmente transformar a vida das pessoas por meio da criação de novas crenças, atitudes e mudanças no estilo de vida (GREYSON, 2006).

Para Greyson (2007) os indivíduos que relataram esses eventos foram considerados psicologicamente saudáveis, e seus estudos são fontes para compreender o evento de EQM, estando esse relacionado a um estado alterado de consciência no qual elementos como percepção, função cognitiva, estados emocionais, sentido de identidade encontram-se parcial ou por completo desconectados da consciência física ou cerebral.

A quarta base teórica que a RIME utiliza para conceituar espiritualidade, trata-se do estudo desenvolvido por Hermann. Carla Penrod Hermann é enfermeira norte-americana, professora associada da Escola de Enfermagem da Universidade de Louisville, em Louisville, Kentucky, Estados Unidos. Em estudo qualitativo, Hermann (2001) identificou como pacientes em estágios de terminalidade definiram sua espiritualidade. No mesmo estudo, investigou vinte e nove necessidades espirituais e as agrupou em seis temas: 1) necessidade de religião (praticar oração, ler a Bíblia, frequentar a igreja e cantar canções religiosas, por exemplo); 2) de companheirismo (falar com outra pessoa, ajudar os outros, retribuir os cuidados recebidos, etc); 3) de envolvimento e participação (permanecer ativamente envolvido em decisões e escolhas sobre sua própria vida, o que resulta na necessidade de obter maiores informações sobre os medicamentos e tratamentos administrados, ser informado sobre os acontecimentos referentes a seus familiares e amigos, preservando a autonomia e independência); 4) de terminar ações iniciadas (fazer uma revisão da própria vida, a fim de compreender melhor o encaminhamento e a razão dos fatos ocorridos, necessidade de resolver assuntos sobre o próprio funeral, assuntos legais e financeiros pendentes); 5) de integrar-se com a natureza (fazer passeios ao ar livre, contemplar bosques, jardins, rios ou lagos, uma vez que os pacientes compreenderam a natureza como uma expressão da divindade); 6) de ter perspectivas positivas (receber sorrisos das pessoas, de resgatar o bom humor nas conversações, de lembrar momentos felizes e de viver o presente).

A quinta e última base teórica do item espiritualidade da RIME é composta pelo estudo dos sonhos e vivências de natureza espiritual relacionados à fase de terminalidade. Estes sonhos podem ser classificados como antecipatórios, traumáticos, que refletem percepções extra sensoriais e proféticos (MATOON, 1980). Nesse aspecto, a autora se embasou em Von Franz (1995) que distinguiu que os sonhos das pessoas próximas da morte

indicam que o inconsciente prepara a consciência não para um fim definitivo, mas para uma espécie de continuação do processo vital.

Dos relatos extraídos pelos estudiosos da EQM, alguns conteúdos são considerados comuns a todos os experientes, entre eles:

- Sensação de flutuação fora do corpo, visualizando-o nitidamente, independente da natureza da morte;
- Entrada em um túnel ou portal conduzidos por um ser de luz;
- Ingresso em um local com uma paisagem muito bonita, entrando em contato com uma luz brilhante, irradiadora de irresistível luminosidade e de amor, promovendo sentimento de tranquilidade, bem estar e entusiasmo;
- Encontro com uma presença divina, fonte superior;
- Revisão de cada ato, palavra ou pensamento que constituíram sua caminhada existencial, incluindo o que eles poderiam ter se tornado;
- Quando ao momento do retorno aos seus corpos físicos, muitos não desejavam fazê-lo por estarem muito felizes nessa nova situação, mas são alertados de que deveriam regressar para concluir algo. Ao retornarem, todos foram unânimes ao afirmar que haviam aprendido com essa experiência, que o amor era o único significado que havia para a vida, e perderam o medo da morte;
- Sensação de tranquilidade e ausência de dor;
- Encontro com amigos e familiares falecidos com certa frequência.

Van Lommel (2004) descreveu que os eventos que constituem as descrições da EQM pelos pacientes também são relatados por pacientes que estiveram em coma profundo ou até mesmo por aqueles que estiveram próximos ao óbito. Assim, a EQM é um acontecimento que pode explicar sensações do indivíduo durante o contato com sua dimensão espiritual (ESPINHA, 2015).

Após essas abordagens observa-se que a RIME realiza o Relaxamento Mental, na sequência a visualização de Imagens Mentais, sendo que no decorrer da intervenção são estimulados pensamentos que remetem ao bem estar espiritual, constituindo a intervenção resumida com alguns elementos na mesma sequência descrita, conforme Elias (2018), e também compartilhado por Espinha (2015, p.24):

- 1) Ouvir a pessoa em um diálogo de aproximação, identificando seus pensamentos e sentimentos frente à doença; 2) condensação dos elementos

identificados pela pesquisadora que expressem a forma como o paciente está passando pelo tratamento com suas dificuldades e fortalezas; 3) apresentação de quatro imagens com paisagens naturais (jardim de flores com cachoeira suave, ou um lago sereno ao pé das montanhas, ou um campo, por onde passa um rio tranquilo, ou uma praia tranquila com mar sereno), para que a pessoa escolha a que mais se identifica, ressaltando que além das imagens oferecidas, é possível o uso de outras imagens que se enquadram na história de vida de cada paciente; 4) com o paciente posicionado confortavelmente em uma maca, iniciam-se músicas pré selecionadas para relaxamento com instrumentais, que remetam aos sons da natureza; 5) com a música ambiente, inicia-se a indução pela pesquisadora do relaxamento mental através de técnicas de respiração lenta e profunda e estímulo para manter a serenidade da mente e dos músculos; 6) posteriormente são feitas orientações para visualização de elementos simbólicos (água, túnicas coloridas, sementes douradas, caixa vermelha com um presente para o próprio paciente), presença de pessoas queridas, presença de Deus ou de um ser espiritual que vá de encontro com as crenças do paciente, além de afirmações para o paciente integrar-se com a natureza, observar sua expressividade interior, suas qualidades e afirmar sensações de paz, proteção, confiança, amor, bem-estar e otimismo; 7) orientação lenta e progressiva para que o paciente retorne sua atenção para a Unidade onde se encontra; 8) acolhimento dos sentimentos e exposição da experiência dos pacientes.

3 MÉTODO

Com a finalidade de responder às questões de pesquisa e aos objetivos, foi necessário pensar numa forma metodológica que possibilitasse a utilização e validação da intervenção RIME na assistência aos pacientes com DRC, em tratamento de HD.

A partir desse olhar, desenvolveu-se a ideia de realizar uma revisão sobre o estado da arte, que identificasse os benefícios da intervenção psicoterapêutica breve RIME para os pacientes, assim como em quais contextos clínicos essas intervenções aconteciam. As buscas nas bases de dados foram realizadas nos meses de setembro e outubro de 2018.

Também foi realizado um ensaio clínico randomizado com grupo controle, com amostra de 46 participantes, atendidos na unidade de diálise DaVita, na cidade de Araraquara, SP, com a finalidade de aplicar a intervenção e validar os efeitos da RIME sobre a QV e resiliência de pacientes em HD. A coleta de dados deste estudo teve início em abril de 2017 e término em janeiro de 2018.

Posteriormente, foi realizado um estudo quase-experimental com 17 participantes com DRC em HD, moradores da cidade do Porto (PT), durante o período de doutorado sanduíche compreendido entre novembro de 2018 e abril de 2019, vinculado à Escola

Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), e em parceria com a Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP).

Dessa forma, optou-se por apresentar os resultados deste estudo em forma de Artigos, seguindo exatamente a ordem em que aconteceram:

Artigo 1: que intitula-se: *The brief psychotherapeutic intervention “Relaxation, Mental Images and Spirituality”*: a systematic review, e refere-se a uma revisão sistemática que teve por objetivo verificar a história, o uso e os benefícios da intervenção RIME que foram relatados na literatura científica, em diferentes contextos de saúde/doença. O Artigo encontra-se atualmente com *Status* “aceito” na revista *São Paulo Medical Journal*.

Artigo 2: intitula-se *“Efeitos da intervenção psicoterapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade em pacientes hemodialisados: ensaio clínico randomizado”*, e objetivou verificar o efeito da intervenção RIME sobre a QV, resiliência, bem-estar e desesperança de pacientes em hemodiálise.

Artigo 3: *“Efeitos de uma intervenção psicoterapêutica breve de apoio em pacientes hemodialisados: estudo quase-experimental”*, que teve por objetivo avaliar a qualidade de vida e resiliência de pacientes hemodialíticos da cidade do Porto antes e após a intervenção psicoterapêutica RIME, e identificar os fatores que interferem nos níveis de resiliência destes pacientes. Este último estudo foi realizado no contexto de doutorado sanduíche, em um período de permanência de seis meses na cidade do Porto, PT.

4 RESULTADOS

4.1 Artigo 1:

The brief psychotherapeutic intervention “relaxation, mental images and spirituality”: a systematic review

Carlene Souza Silva Manzini^I, Vanessa Almeida Maia Damasceno^{II}, Ana Catarina Araújo Elias^{III}, Fabiana de Souza Orlandi^{IV}

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos (SP), Brazil

Author indexing: Manzini CSS, Damasceno VAM, Elias ACA, Orlandi FS

^I MSc. Nurse and Doctoral Student, Department of Nursing, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos (SP), Brazil.

 orcid.org/0000-0001-6195-4252.

^{II} MSc. Physiotherapist and Doctoral Student, Department of Nursing, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos (SP), Brazil.

 orcid.org/0000-0002-3367-7996.

^{III} PsyD. Psychologist, Department of Psychology, and Full Professor of the Psychology Course, Universidade Paulista (UNIP), Campinas (SP), Brazil.

 orcid.org/0000-0002-9057-9196.

^{IV} DNP. Nurse and Adjunct Professor IV, Department of Gerontology, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); and Permanent Professor of the Postgraduate Nursing Program at UFSCar, Sao Carlos (SP), Brazil.

 orcid.org/0000-0002-5714-6890.

KEY WORDS:

Complementary therapies.

Psychosomatic medicine.

Palliative care.

AUTHOR KEY WORDS:

Complementary medicine.

Alternative therapies.

Guided images.

Directed imagination.

Visualization.

ABSTRACT

BACKGROUND: The brief psychotherapeutic intervention “relaxation, mental images and spirituality” (relaxamento, imagens mentais e espiritualidade, RIME) is a form of complementary and alternative health-related therapy. It is a pioneer in the matter of relating the elements of spirituality to relaxation and to visualization of mental images.

OBJECTIVE: To ascertain the history, use and benefits of RIME that have been reported in the scientific literature, within different health/disease contexts. The questions that guided this

study were: In what contexts has the brief RIME psychotherapeutic intervention been used? What were its benefits?

DESIGN AND SETTING: Systematic review, conducted in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA) methodology, in a public university.

METHODS: The BVSPsi, CINAHL, MEDLINE, SciELO, SCOPUS and Web of Science databases were searched in September and October 2018.

RESULTS: The findings showed that RIME promoted resignification of the symbolic pain of the death of patients without the possibility of cure; improved quality of life within the process of dying; contributed to the emotional wellbeing of ostomized patients; brought quality-of-life benefits for patients with head-and-neck cancer; promoted empowerment for women with breast cancer and strengthened their libido; and promoted resignification of the spiritual pain of bereaved youths, offering a satisfactory return from mourning preparation.

CONCLUSION: It was found that RIME has a construct history based on rigorous scientific methodology, covering quality of life and spiritual, emotional and subjective wellbeing. RIME has not been used internationally and new studies within this field, with different cases, should be encouraged.

SYSTEMATIC REVIEW REGISTRATION: PROSPERO ID 164211.

INTRODUCTION

High levels of stress lead to problems that compromise health, quality of life and individual productivity and consequently act to trigger diseases. These problems are some of the reasons that have led to research on methods for minimize the harmful effects of stress.¹

Integrative and complementary practices, also known as traditional and complementary medicines, are a set of healthcare practices that encompass the traditions of care practiced in different cultures and other complementary practices that are not included in those traditions, but are incorporated into the healthcare system.² These practices are characterized by procedures that have the aim of producing psychophysical and logical relaxation, and they involve creation of therapeutic bonds and integration of individuals with their environment.²

In a randomized clinical trial on 60 patients with chronic kidney disease in which the objective was to evaluate the therapeutic effect of music on the anxiety and vital parameters

of those patients, the results showed that music therapy, which is one of the integrative and complementary practices that have recently been introduced into the Brazilian National Health System (SUS), significantly reduced their anxiety.³

Through integrating techniques of relaxation, directed imagination and elements that make up spirituality, a brief intervention named “relaxation, mental images and spirituality” (RIME) was developed. RIME is a form of complementary and alternative health therapy and is a pioneer in relating elements of spirituality to relaxation and to visualization of mental images.⁴ In 2005, a training program was developed for use of this intervention by other healthcare professionals, with analysis on these professionals’ experience during its application and evaluation among patients.⁵ Since the time of this training experience, the technique has gained the abbreviation RIME and has begun to be considered to be a psychotherapeutic intervention.⁵

RIME is a brief psychotherapeutic intervention for terminally ill patients, and for patients with chronic diseases that have curative possibilities, within a palliative care context. The purpose of this intervention is to improve the patients’ wellbeing, through stimulating positive transformations from contact with interior itself.⁶

The resignification of spiritual pain through the RIME intervention integrates two techniques for addressing questions of spirituality: mental relaxation and visualization of mental images. The association of these two techniques favors deeper contact with individuals’ internal and personal realities, which enables them to change their attitudes, conceive new ideas and elaborate new meanings, in the light of events.

As healthcare professionals, we can promote bringing these practices together for those who can benefit from them, especially for individuals who are physically and psychologically debilitated. Such actions form part of holistic humanization behavior.

The questions that guided this study were: In what contexts has the brief psychotherapeutic intervention “relaxation, mental imagery and spirituality” been used? What were its benefits?

OBJECTIVE

The purpose of this review was to ascertain the history, use and benefits of the RIME brief psychotherapeutic intervention that have been reported in the scientific literature in experimental or non-experimental studies within different health/disease contexts.

METHODS

Design and setting

The methodological design for this study consisted of a systematic review of the literature that was conducted in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA) methodology, as proposed by Moher et al.⁷

Search strategy

The searches were carried out in the following databases: BVSPsi, CINAHL, MEDLINE Complete, SciELO, SCOPUS and Web of Science. The descriptors were chosen and identified in accordance with the MeSH list of descriptors, as follows: *Relaxation*, *Mental Images* and *Spirituality*. Two combinations were performed, of which the first was: (“*Relaxation*” AND “*Mental Images*” AND “*Spirituality*”). The second combination was composed only by the intervention abbreviation: (“*RIME*”). The same search strategies were used in all databases. This review was conducted in September and October 2018.

Eligibility selection criteria

Article identification and screening were guided by the following inclusion criteria: cross-sectional and experimental studies, which could either be randomized or not, using the RIME brief psychotherapeutic intervention method, in health/disease contexts; studies conducted on patients in any age group; patients with a probable diagnosis of any type of chronic or acute pathological condition, either in palliative care or not; studies that used the RIME intervention in association with assessment of other variables such as quality of life, resilience, wellbeing, spirituality and others; articles indexed in peer-reviewed journals; year of publication from 1999 onwards; written in the English, Spanish or Portuguese language; and full text available.

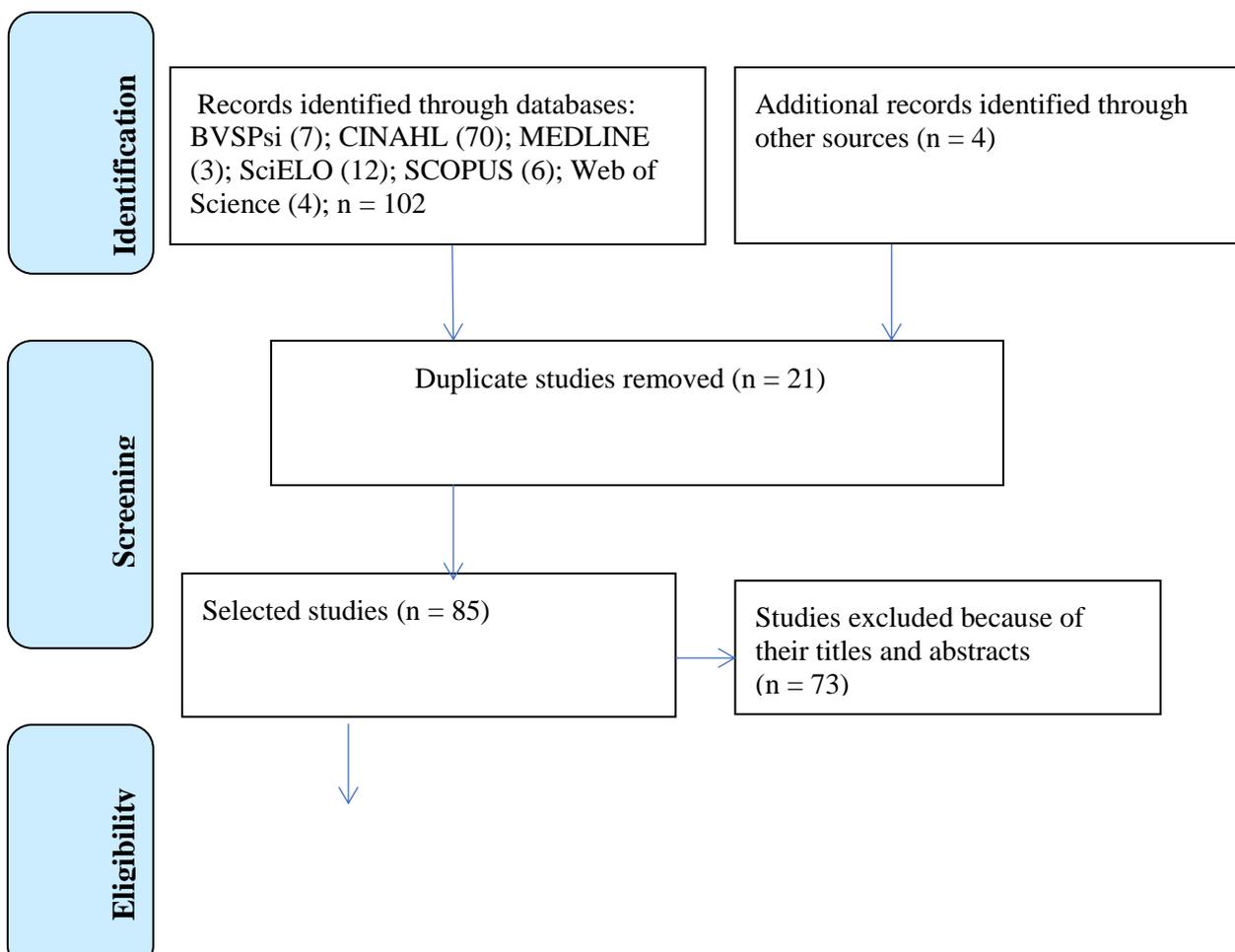
The articles selection was done independently and in a blinded manner by two researchers who analyzed the titles and abstracts. If these were found not to be related to the proposed theme, or not to fit the inclusion criteria, they were excluded. After this stage, a consensus meeting was held to resolve doubts and possible disagreements regarding the data collected, based on the PRISMA protocol.

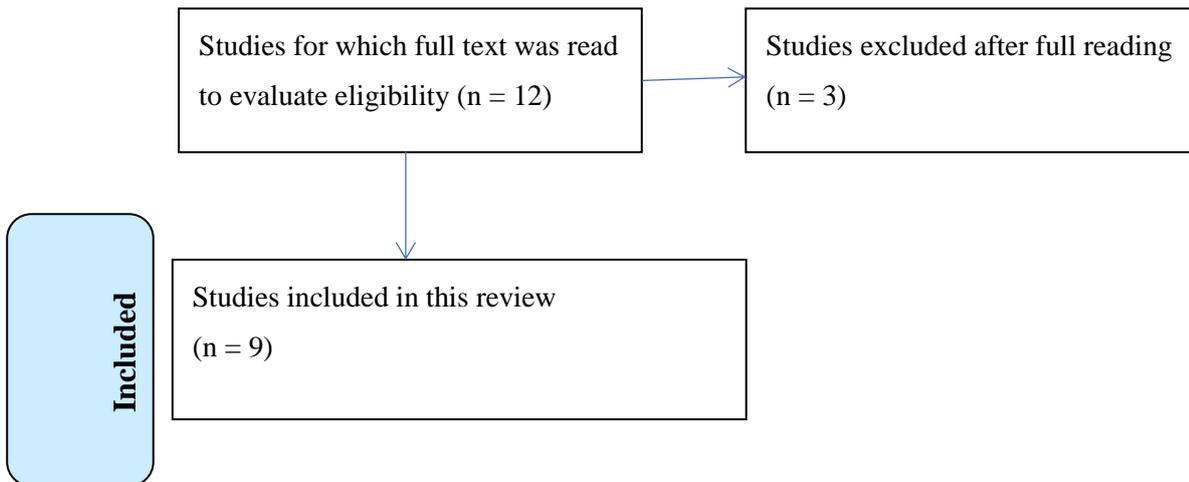
RESULTS

A total of 102 studies were selected, through the search in the databases. From the first combination: (“*Relaxation*” AND “*Mental Images*” AND “*Spirituality*”), 20 articles were identified: BVSPsi = 1; CINAHL = 2; MEDLINE = 3; SciELO = 4; SCOPUS = 6; and Web of Science = 4. From the second combination, (“*RIME*”), 82 articles came up: BVSPsi = 6; CINAHL = 68; and SciELO = 8. Four additional articles were also selected from other sources, through Google Scholar, making an overall total of 106 articles.

As shown in **Figure 1**, 21 repeated articles were removed, thus leaving 85 titles and abstracts to read. After the various exclusions, 12 studies were selected to make up this review. However, three more articles were subsequently excluded, after reading them fully, because they were found to consist of abstracts indexed in congress annals. Hence, in the end, this review was conducted on nine studies.

Figure 1: Article selection and identification process





The material identified in this review is summarized in **Table 1**. It consisted of seven articles, one master's degree thesis and one doctoral degree thesis. The two theses came from other sources (i.e. not the databases), as previously mentioned.^{4,5,8,10-15}

Table 1. Summary of studies selected for this review

Author/year	Study location	Design	n	Age	Main findings
Elias et al. ⁴	Campinas (SP)	Qualitative approach - clinical case study, longitudinal	5	37-75 years	Cancer patients who received two to four relaxation, mental image and spirituality sessions achieved better quality of life within the process of dying. It was observed that application of this technique was important for resignification of the symbolic pain of these patients' deaths.
Elias ⁸	Campinas (SP)	Qualitative approach	7	From 22 months to 17 years	In a qualitative study, four children and three adolescents with cancer that was beyond the possibilities of cure, each received three to ten sessions of relaxation, mental images and spirituality. After the visits, it was observed that the intervention gave new meaning to the symbolic pain of death and provided quality of life within the process of dying for these patients.
Elias et al. ⁵	Campinas (SP)	Qualitative/q uantitative	6	**	Development of a training course to instruct healthcare professionals about

					the use of RIME intervention. Qualitative results were analyzed through content analysis, semi-structured interviews and a diary; the quantitative data were analyzed through a descriptive method, using the Wilcoxon test. The program proved to be effective in preparing healthcare professionals to using RIME intervention, enabling them to care and to provide spiritual assistance from an academic perspective.
Eliaset al. ¹⁰	Campinas (SP)	Quantitative/qualitative	11	27-76 years	A study conducted among cancer patients who received RIME intervention. Through a qualitative approach, six categories and eleven subcategories were found, among which the most prevalent were: fear of death due to denial of the severity of the clinical picture; fear of death due to perceiving the severity of the clinical picture; and fear of disintegration of feeling and of being affectively forgotten after death. Through a quantitative analysis, a statistically significant difference was observed ($P < 0.0001$). The results suggested that RIME promoted quality of life within the process of dying, with serenity and dignity before death.
Ribeiro et al. ¹¹	São Paulo(SP)	Quantitative/qualitative	21	61.3 years*	Patients using intestinal ostomies during an immediate postoperative period marked a visual analogue scale regarding wellbeing before and after RIME application: the respective mean scores were 3.33 and 1.38. Through asking the patients how they felt emotionally before the surgery and after the RIME intervention, the following context units emerged: feelings, emotions, sensations and expectations of action, which generated four distinct categories that represented the transformation relating to mental wellbeing. RIME was the only variable that presented statistical significance, which led to the affirmation that it contributed to improvement of the patients' emotional wellbeing.
Elias et al. ¹²	São Paulo (SP)	Randomized controlled study/quantitative/qualitative	28	33-59 years	The women were screened and randomized through five draw groups. In each group, half of the patients went to the control group to receive up to twelve sessions of brief

					psychotherapy (BP) and the other half went to the RIME group to receive three sessions of this plus twelve BP sessions. The qualitative data were treated using branched content analysis into thematic analysis; the quantitative data were collected using the WHOQOL brief scale, Rosenberg's self-esteem scale, Beck's hopelessness scale and a visual analogue wellbeing scale. The results showed that RIME promoted a significant improvement in quality of life perception (38.3%), compared with the control group (12.5%), along with a significant improvement in the patients' self-esteem (14.6%).
Espinha ¹³	Marília (SP)	Randomized controlled study	44	57-63 years	A study conducted among patients with head-and-neck cancer, using the performance scale instrument (ECOG) the QOL questionnaire EORTC-QLQ-C30 and the QLQ-H&N35 questionnaire for patients with head-and-neck neoplasia. The results suggested that the RIME intervention led to quality-of-life benefits for patients with head-and-neck cancer, regardless of the toxicity of the radiotherapy treatment.
Elias et al. ¹⁴	São Paulo (SP)	Comparative exploratory, quantitative/qualitative approach	28	33-59 years	Implementation of the RIME brief psychotherapeutic intervention among women with breast cancer who were undergoing treatment, with the possibility of cure. The main focus of the study was to present the qualitative results, for which the instruments used were recorded semi-structured interviews and graphic representations from before the first and after the third RIME session. The results showed that RIME promoted empowerment for higher libido and constructive strength among women with breast cancer with the potential for cure.
Pereira ¹⁵	Fortaleza (CE)	Qualitative research	4	16-17 years	The RIME intervention was used to resignify the pain of symbolic loss among four adolescents who were in a context of vulnerability. The analysis from the RIME brief psychotherapeutic intervention was done through observation of the spiritual pain and its intensity, as manifested by the research subjects, along with their experiences of pain resignification. For this, two

					instruments were used: a visual analogue scale of wellbeing and content analysis through the thematic analysis technique. The RIME intervention promoted resignification of the spiritual pain of these young mourners, thus offering a satisfactory return from mourning and providing possibilities for working to break ties and recurrence of pain.
--	--	--	--	--	---

*Average age; **unspecified age.

RIME = relaxation, mental images and spirituality (relaxamento, imagens mentais e espiritualidade); WHOQOL = World Health Organization Quality of Life; ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group; QOL = Quality of Life; EORTC = European Organization for Research and Treatment of Cancer.

DISCUSSION

In order to provide a detailed and uniform profile of the use of RIME, the studies will be approached sequentially, as shown in Table 1.

Elias and Giglio⁴ studied the effectiveness of the RIME intervention for terminal patients, developed through integrating techniques for mental relaxation and visualization of mental images with the elements that make up spirituality, with the purpose of resignifying the symbolic pain of death, as represented by mental and spiritual pain. These authors investigated five adult women aged 37 to 75 years who had been diagnosed with breast cancer at a non-curable stage. One putative variant that was studied was quality of life, and the intervention variables were "mental pain", represented by humor, fear, "depressive" ideas and death; and ideas and conceptions regarding spirituality, the meaning of life and death and God.

These authors followed the steps of identification of the symbolic pain of death through a semi-structured interview, in which the elements of mental and spiritual pain, mental relaxation techniques and visualization of mental image orientation were condensed. It was observed that it was possible to obtain good results through applying the methods of mental relaxation, mental imagery and spirituality during the period that followed the phase of moving beyond the possibility of cure. The integration of relaxation techniques, visualization of mental images and elements that composed spirituality was important for resignifying the symbolic pain of the death of patients who were beyond the possibility of cure.

Based on reports from patients who had undergone a near-death experience that suggested an occurrence of transcendence, Elias⁸ developed the RIME intervention pilot project in 1988. The study was conducted on four children and three adolescents aged 22 months to 17 years, all with cancer and without the possibility of cure.

The mental image visualization technique was developed among the children through the instruments of graphic activities, games and children's stories; and among the adolescents, through young-adult and youth stories and films (with a plot containing a symbolic relationship with the patient's mental and spiritual pain) and through visualization itself. The author observed that the proposed method, i.e. integration of the techniques of mental relaxation and mental image visualization with the elements that make up spirituality, favored resignifying the symbolic pain of death among the seven patients, since all of them would now go on to die with moral dignity, in a state of emotional support and in peace. It was concluded that the proposed method provided quality of life within the process of dying, thus enabling a serene and dignified death.

In this study in comparing follow-ups performed among adolescents and children who were within the process of dying, it was observed that the adolescents facing the symbolic pain of death presented both mental and spiritual pain, but the children presented only mental pain, represented by a depressive mood that was linked to anxiety about separation. The author attributed this to these children's cognitive stage.

On the basis of Piaget's studies, Elkind⁹ stated that children from two to seven years old are in the preoperational thinking stage, whereas from seven to eleven years of age they are at the stage of concrete operational thinking. This would mean that children from two to eleven years) have not yet developed the ability to think abstractly. Such thinking is necessary in order to feel fear of death and the time after death, and to develop ideas and conceptions relating to spirituality.

Between 2002 and 2005, while researching for a doctoral degree thesis, Elias developed a training course to instruct healthcare professionals about the use of the RIME intervention. This was described by Elias et al.⁵ using qualitative methodology, phenomenology and action research as the theoretical bases. The training course was put into operation for use in interventions and the experience of these professionals during its application and evaluation among patients was analyzed. Six professionals participated in the study: a nurse, a doctor, three psychologists and an alternative therapist. All of them had qualifications relating to palliative care. These professionals were invited to apply the intervention to 11 cancer patients aged 27 to 76 years, who were either in public hospitals and

in their homes, in the cities of Campinas, Piracicaba and São Paulo in Brazil. From this training, the technique gained the abbreviation RIME and began to be considered to be a brief psychotherapeutic intervention.

Administration of RIME revealed statistically significant differences in the wellbeing levels. The patients reported having higher wellbeing levels at the end of the sessions than at the beginning ($P < 0.0001$), thus suggesting that RIME led to resignification of spiritual pain for these terminal patients. The proposed training program proved to be effective for preparing healthcare professionals to implement RIME interventions, both for taking care of such patients and for providing spiritual assistance from an academic perspective.⁵

Elias, Giglio & Pimenta¹⁰ conducted a qualitative study based on phenomenology and quantitative descriptions, in which the aim was to study the nature of spiritual pain and its resignification during application of RIME interventions. The sample consisted of 11 patients with final-stage cancer that was being treated in public hospitals, by six professionals who had been trained to apply RIME. The most prevalent categories of feelings were the following: fear of death due to the individual's denial of the severity of his or her clinical state ($n = 5$); fear of death due to perceiving the severity of the clinical picture ($n = 5$); and fear that after death there would be disintegration of feeling, non-existence and being affectively forgotten ($n = 5$). These results suggested that RIME promoted quality of life during the process of dying, with serenity and dignity before death.

Ribeiro et al.¹¹ conducted a qualitative study in which they aimed to evaluate and discuss the efficacy of the RIME brief psychotherapeutic intervention for wellbeing, in a group of patients who were using intestinal ostomies during a postoperative period. Twenty-one patients participated in the sample and were assessed regarding their wellbeing using a visual analogue scale before and after RIME application. Their mean scores were 3.33 before and 1.38 after the intervention. From asking these patients how they felt emotionally before the surgery and after the RIME intervention, the following context units were extracted: feelings, emotions, sensations and expectations of action. These generated four distinct categories that represented the transformation relating to mental wellbeing. It was concluded that RIME was the only variable that presented statistical significance, which led to affirmation that it contributed towards improving these ostomized patients' emotional wellbeing.

The results proved that, through using a technique that included the spiritual dimension, even though it was found that the patients in this sample presented mental pain, emotional wellbeing was provided through the connection with the self and with the sacred. In

some cases, it was discovered that this connection not only improved wellbeing but also strengthened patients' resources in the light of mourning for their mutilated body.

Elias et al.¹² conducted a study with the objective of ascertaining the benefits from RIME among 28 women who had been diagnosed with breast cancer with the possibility of cure. They had been mastectomized and were in the process of breast reconstruction with adjuvant treatments. These women were screened and randomized through five draw groups, and in each group, half of the patients went to the control group to receive up to twelve sessions of brief psychotherapy (BP) and the other half went to the RIME group to receive three sessions of this plus twelve BP sessions.

From the statistical analysis comparing the RIME group with the control group, a significant improvement (38.3%) in quality-of-life perception on the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) scale after RIME, compared with BP alone in the control group (12.5%), and with BP in the RIME group (16.2%). There was a significant improvement in self-esteem after RIME (14.6%), compared with BP alone in both the control group (worsened by 35.9%) and BP in the RIME group (8.3%). There were similar improvements regarding hopelessness in the RIME group and in the control group: RIME = 20.1%; RIME + BP = 27.1%; and BP 11.1%. There was significant improvement in wellbeing relating to focused distress (measured using a visual analogue scale), both in the RIME group (poor wellbeing to wellbeing) and in the control group (very poor wellbeing to good wellbeing). None of the three treatments (RIME, RIME + BP or BP) showed any significant improvement in the WHOQOL domains or in WHOQOL health satisfaction.¹²

In another randomized controlled clinical study,¹³ conducted in Marília, state of São Paulo, the aim was to evaluate the efficacy of the RIME brief psychotherapeutic intervention among 44 patients with head-and-neck cancer, in relation to physical symptoms and quality-of-life levels. Patients in the control group only received the standard support treatment that was routinely used in that hospital unit for patients with head-and-neck cancer.

All the participants underwent performance status measurements using the Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) scale. They answered a questionnaire regarding their profile and, at both the start and the end of the study period, answered questions relating to the quality-of-life evaluation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Questionnaire C30 (EORTC-QLQ-C30) and the EORTC-QLQ-H&N35 questionnaire. The QLQ-H&N35 (Quality-of-Life Questionnaire "Head-and-Neck Module" 35 items) questionnaire is a specific module of the EORTC-QLQ-C30 that is intended for patients with head-and-neck neoplasms, at various stages and undergoing different treatments.

In addition to support treatment, the experimental group underwent the RIME therapeutic intervention periodically. In the intervention group, subjects who underwent RIME showed significant improvements in most domains of the general and specific quality-of-life scales at the end of the radiotherapy treatment. Furthermore, there was lower consumption of analgesic drugs and less weight reduction at the end of the treatment. The results suggested that the RIME brief psychotherapeutic intervention provided quality-of-life benefits for patients with head-and-neck cancer, regardless of the toxicity that resulted from the radiotherapy treatment.

Elias et al.¹⁴ conducted a randomized study on implementation of RIME for women undergoing breast cancer treatment, with the possibility of cure. The main focus of this study was to present qualitative results from recorded semi-structured interviews and graphic representations that were conducted before the first and after the third RIME session.

Qualitative analysis on these data indicated that the main issue among the women with breast cancer in the RIME group, i.e. the focus for transformation, was the need for self-valorization. This was also observed in the BP control group. The main psychological transformations mediated by the RIME symbolic elements, were the following: 1) transformation of female absence or devouring to loving or protective representation; 2) transformation of masculine intangibles, absence or impotence to tangible, powerful and loving representation; and 3) transformation of divine intangibles that are inaccessible or impersonal to close-at-hand, accessible and loving representation.

In a qualitative study, conducted in Fortaleza, state of Ceará, Pereira¹⁵ used RIME intervention in order to resignify losses. In this study, a psychopedagogical device that would resignify the spiritual pain of loss was proposed, in order to help four young mourners deal with the deaths of people for whom they had affectionate ties who had been lost through acts of violence. The four individuals studied were school-age adolescents aged between 16 and 17 years who were living in a region of extremely high vulnerability, where deaths occur very frequently, mainly through violence.

This author took mourning to be a reactive psychological process that constituted an adaptation to rupturing of bonds, and considered that the bereaved individual would be an active subject in the processes of facing up to ruptures and losses. Thus, this author chose life history and training and the RIME intervention as the research method. Through integrating these two forms of access, with formative and transformational self-knowledge, the results showed that even if the rupturing of a bond through death provokes inevitable pain, it can be resignified to acquire a providing sense: new ways of living, loving and dealing with finitude.

Each of these adolescents received three sessions of the intervention, which was applied once a week. RIME was used with the aim of resignifying the symbolic pain of the loss suffered by these four adolescents, in their context of vulnerability. The analysis on the results from the RIME brief psychotherapeutic intervention was made through observation of the spiritual pain and its intensity that the study subjects manifested, along with their experiences of resignification of this pain. For this, two instruments were used: a visual analogue scale of wellbeing and content analysis through a thematic analysis technique.

In specific relation to the RIME intervention, this promoted resignification of the spiritual pain of the bereaved young people, thus offering a satisfactory return from mourning and providing possibilities for working on the rupturing of ties and the recurrent pain from these ties.¹⁵

CONCLUSION

It was found that RIME has a construct history based on rigorous scientific methodology, and that it has become consolidated from the time of its creation to the present day, including in relation to quality of life and emotional and subjective wellbeing, in different health-disease contexts.

The pathological conditions that have been studied using this method have included patients with breast cancer who were beyond the curable stage; patients with other types of cancers, both beyond and within the possibilities for cure; patients using intestinal ostomies during an immediate postoperative period; and patients with head-and-neck cancer. This intervention has also been applied to bereaved adolescents within a context of vulnerability, who needed to elaborate resignification of spiritual pain and to work on the rupturing of bonds and the pain arising from this.

The RIME brief psychotherapeutic intervention promoted resignification of the symbolic pain of death among patients who were beyond the possibility of cure; improved quality of life within the process of dying; and contributed towards improve emotional wellbeing among ostomy patients. It provided quality-of-life benefits for patients with head-and-neck cancer, regardless of the toxicity of radiotherapy treatment. It promoted empowerment for strengthening libido and constructive force among women with breast cancer for whom cure was possible, and promoted resignification of the bereavement of young men in spiritual pain.

The RIME intervention provides a major contribution to science and the humanization of healthcare. One limitation identified in the present study was that we found that this intervention has not yet been used internationally. New studies within this field, covering different cases, should therefore be encouraged.

REFERENCES

1. Kurebayashi LF, Turrini RN, Souza TP, et al. Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: Randomized Clinical Trial. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24:e2834. PMID: 27901219; doi: 10.1590/1518-8345.1614.2834.
2. Carvalho FFB, Nogueira JAD. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da promoção da saúde na atenção básica [Physical activity and corporal practices from the perspective of Health Promotion in Primary Care]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(6):1829-38. doi: 10.1590/1413-81232015216.07482016.
3. Melo GAA, Rodrigues AB, Firmeza MA, et al. Musical intervention on anxiety and vital parameters of chronic renal patients: a randomized clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e2978. PMID: 29538579; doi: 10.1590/1518-8345.2123.2978.
4. Elias ACA, Giglio JS. Intervenção Psicoterapêutica na área de cuidados paliativos para ressignificar a dor simbólica da morte de pacientes terminais através de relaxamento mental, imagens e espiritualidade. *Rev Psiquiatr Clín*. 2002;29(3):116-29.
5. Elias ACA, Giglio JS, Pimenta CAM, EL-DASH LG. Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica "relaxamento, imagens mentais e espiritualidade" (RIME) para ressignificar a dor espiritual de pacientes terminais [Training program about the therapeutical intervention "relaxation, mental images and spirituality" (RIME) to resignify the spiritual pain of terminal patients]. *Rev Psiq Clín*. 2007;34(suppl 1):60-72. doi: 10.1590/S0101-60832007000700009.
6. Elias ACA. Relaxamento, imagens mentais e espiritualidade para o alívio da dor simbólica da morte. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM, editores. *Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia*. Barueri: Manole; 2006. p. 333-46.

7. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *PLoS Med.* 2009;6(7):e1000097. PMID: 19621072; doi: 10.1371/journal.pmed.1000097.
8. Elias ACA. Re-significação da dor simbólica da morte: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Psicol Ciênc Prof.* 2003;21(3):92-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n1/v23n1a13.pdf>. Accessed in 2019 (Aug 12).
9. Elkind D. Crianças e Adolescentes. Ensaio Interpretativos sobre Jean Piaget. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1975.
10. Elias AC, Giglio JS, Pimenta CA. Analysis of the nature of Spiritual Pain in terminal patients and the resignification process through the relaxation, mental images and spirituality (RIME) intervention. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2008;16(6):959-65. PMID: 19229397; doi: 10.1590/s0104-11692008000600004.
11. Ribeiro ROB, Elias ACA Schimidt TCG, Cedotti W, Silva MJP. A intervenção RIME como recurso para o bem-estar de pacientes ostomizados [The RIME intervention as a resource for the well-being of patients ostomates]. *Psicol Hosp.* 2014;12(2):83-102. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v12n2/12n2a06.pdf> Accessed in 2019 (Aug 12).
12. Elias AC, Ricci MD, Rodriguez LH, et al. The biopsychosocial spiritual model applied to the treatment of women with breast cancer, through RIME intervention (relaxation, mental images, spirituality). *Complement Ther Clin Pract.* 2015;21(1):1-6. PMID: 25682524; doi: 10.1016/j.ctcp.2015.01.007.
13. Espinha DCM. A intervenção terapêutica RIME (relaxamento, imagens mentais, espiritualidade) em pacientes submetidos ao tratamento radioterápico para câncer de cabeça e pescoço: ensaio clínico randomizado [thesis]. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2015. Available from: http://www.famema.br/ensino/mestrado_acade/resumos/ESPINHA%20DCM.%20A%20inter%20ven%C3%A7%C3%A3o%20terap%C3%AAutica%20RIME.pdf. Accessed in 2019 (Oct 2).
14. Elias ACA, Ricci MD, Rodriguez LHD, et al. Development of a Brief Psychotherapy modality entitled RIME in a hospital setting using alchemical images. *Estud Psicol (Campinas);* 2017;34(4):534-47. doi: org/10.1590/1982-02752017000400009.

15. Pereira RA. Jovens enlutados: um estudo sobre a (re)significação da dor espiritual da perda. Fortaleza [thesis]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2017. Available from: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/29899>. Accessed in 2019 (Oct 2).

Sources of funding: “This study was financed in party by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) –Finance Code 001”.

Conflict of interest: None

Date of first submission: June 30, 2019

Last received: June 30, 2019

Accepted: October 2, 2019

Address for correspondence:

Carlene Souza Silva Manzini

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Rod. Washington Luis, Km 235 — SP 310

São Carlos (SP) — Brasil

CEP 13565-905

Tel. (16) 3351-8338

E-mail: carlotamanzi@hotmail.com

4.2 Artigo 2:

Efeitos da intervenção psicoterapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade em pacientes hemodialíticos: ensaio clínico randomizado

Objetivo: verificar o efeito da intervenção Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) na qualidade de vida relacionada à saúde, resiliência, bem-estar e desesperança de pacientes em hemodiálise. Método: ensaio clínico randomizado e controlado, cego. Amostra de 46 participantes distribuídos em grupos intervenção (n=22) e controle (n=24). Foram avaliados com escalas de qualidade de vida relacionada à saúde, resiliência, desesperança e bem-estar. O grupo intervenção recebeu três sessões individuais da intervenção, no domicílio, uma vez por semana; o grupo controle não recebeu nenhum

protocolo. Foram realizadas análises descritivas, teste de *Shapiro Wilks* para verificar a existência de normalidade dos dados e para comparação das médias o teste *t de Student* e teste de *Wilcoxon*. Resultados: os grupos mostraram-se homogêneos quanto a idade, sexo e outras comorbidades. A percepção de QV do GI foi melhor em quase todos os domínios do KDQOL-SFTM comparativamente ao GC, com significância estatística em alguns domínios pós-intervenção, sendo eles: sobrecarga da doença renal ($p=0,012$), saúde global ($p=0,012$) e bem-estar emocional ($p=0,041$); houve aumento nos níveis de resiliência no GI, na avaliação final ($p=0,018$); melhora na percepção do bem-estar e da desesperança, com significância estatística no final, intergrupos ($p=0,001$), indicando menor nível de desesperança nos participantes do grupo intervenção. Conclusão: a intervenção RIME proporcionou efeitos positivos na qualidade de vida, resiliência, bem-estar e desesperança nos pacientes em hemodiálise, sendo seu uso recomendado como tratamento complementar no contexto da doença renal crônica, sobretudo em estágios mais avançados e em situações de sofrimento intenso. Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos-REBEC RBR2b9zd2.

Descritores: Terapias Complementares; Qualidade de Vida; Resiliência Psicológica; Insuficiência Renal Crônica; Hemodiálise; Medicina Psicossomática.

Descriptors: Complementary Therapies; Quality of Life, Psychological Resilience; Chronic Kidney Failure; Hemodialysis; Psychosomatic Medicine.

Descriptores: Terapias Complementarias; Calidad de Vida; Resistencia Psicológica; Insuficiencia Renal Crónica; Hemodiálisis; Medicina Psicossomática.

Introdução

A doença renal crônica (DRC) tem se configurado em problema de saúde pública, considerando a elevada incidência de pessoas diagnosticadas tanto a nível nacional quanto

mundial⁽¹⁾. Estima-se que sua prevalência varia entre 8% a 16% em todo o mundo, mantendo-se elevada tanto em países desenvolvidos, quanto naqueles em desenvolvimento⁽²⁾.

No Brasil, tornou-se tradição a atualização dos dados sobre a DRC, efetuada por meio do Inquérito Anual de Diálise Crônica, entre os centros de diálise cadastrados na Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)⁽³⁻⁴⁾. Os dados referentes ao ano de 2017 mostraram que as taxas de prevalência de pacientes em tratamento dialítico por milhão da população (pmp) foi de 610, e a incidência de 194 (pmp), respectivamente. O número estimado de mortes para o mesmo ano foi de 25.187, o que gerou uma taxa de mortalidade bruta de 19,9%⁽⁵⁾.

A DRC consiste na perda progressiva e irreversível das funções renais, sendo considerada uma doença fatal⁽⁶⁾. Sua definição atual baseia-se na presença de lesão renal e/ou de redução da taxa de filtração glomerular (TFG inferior a 60 mL/min/1,73m² de superfície corpórea) por três meses ou mais, independentemente da causa⁽⁷⁾. Na doença renal crônica terminal (DRCT), as opções de tratamento são a hemodiálise (HD), a diálise peritoneal e o transplante renal⁽⁸⁾, sendo que a HD constitui-se na modalidade de terapia renal substitutiva mais comumente realizada. No Brasil, 93,1% dos pacientes com DRCT utilizam dessa modalidade de terapia⁽⁷⁾.

O tratamento de HD prolonga a vida dos pacientes, todavia, causa limitações, como dependência do centro de diálise, mudanças e restrições na dieta, problemas psicossociais, físicos, espirituais, mudanças de papéis, tristeza, desespero, depressão, ansiedade e incerteza sobre o tratamento futuro, entre outros⁽⁸⁻⁹⁾. As dificuldades de lidar com a doença, o tratamento de HD em longo prazo e os impactos fisiológicos e emocionais, afetam negativamente o bem-estar, a percepção geral da saúde, a QV e causam desesperança nos pacientes^(8,10). Dessa forma, essas pessoas requerem um melhor nível de resiliência, para que possam melhorar suas estratégias de enfrentamento e encontrar novas maneiras de lidar com as experiências atuais, ao invés de sucumbirem às experiências de sofrimento.

Dentre as estratégias empregadas para amenizar os sintomas negativos que acometem o indivíduo com DRC, estão as intervenções não farmacológicas⁽¹¹⁾ como as práticas integrativas e complementares, que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde⁽¹²⁾.

A enfermagem constitui-se em veículo de informações e técnicas que podem e devem extrapolar a esfera física do cuidado. O paciente é um ser integral, portanto, deve-se atendê-lo de forma holística, e relacionar os serviços de saúde com suas necessidades psicoemocionais, psicossociais e espirituais, promovendo momentos de bem-estar, relaxamento e paz. Indo ao encontro desse propósito, faz-se relevante a utilização da intervenção psicoterapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME), inserida no contexto de cuidados paliativos, e que favorece a potencialização dos recursos internos do paciente.

A RIME é uma intervenção psicoterapêutica breve de apoio, de caráter complementar, que integra as técnicas de relaxamento, imaginação dirigida e elementos da espiritualidade, constituindo uma abordagem simbólica e transpessoal⁽¹³⁾. Tem como objetivo ressignificar a dor psíquica, a dor espiritual ou um foco de sofrimento definido pelo paciente. Possibilita o fortalecimento dos recursos psíquicos saudáveis e da resiliência, promovendo qualidade de vida frente ao adoecer⁽¹⁴⁾. Para o estudo, foram elaboradas as seguintes hipóteses:

Hipótese nula (H_0): não há efeitos benéficos sobre a QVRS, resiliência, bem-estar e desesperança dos pacientes em tratamento de HD após a aplicação da intervenção psicoterapêutica breve RIME.

Hipótese alternativa (H_1): há efeitos benéficos sobre a QVRS, resiliência, bem-estar e desesperança dos pacientes em tratamento de HD, após a aplicação da intervenção psicoterapêutica breve RIME.

Diante do contexto, esse estudo teve por objetivo verificar o efeito da intervenção RIME na QVRS, resiliência, percepção do bem-estar e desesperança de pacientes com DRC em tratamento de HD.

Método

Trata-se de ensaio clínico randomizado e controlado, paralelo, com dois braços. O estudo foi desenvolvido com participantes cadastrados e inseridos em programa de tratamento de HD em uma unidade de terapia dialítica, situada no interior do estado de São Paulo e contou com uma amostra inicial de 79 participantes que apresentavam os critérios de elegibilidade.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: 1) ter idade entre 18 e 59 anos; 2) possuir diagnóstico médico de DRC; 3) estar em tratamento de HD há pelo menos seis meses; 4) estar orientado auto e alopsiquicamente; 5) manter capacidades cognitivas preservadas. Os critérios para exclusão foram: 1) apresentar quadros demenciais ou déficits cognitivos (rastreada por meio da aplicação do mini-exame do estado mental - MEEM)⁽¹⁵⁾; 2) apresentar sequelas que impossibilitassem a aplicação dos instrumentos e da intervenção RIME; 3) realizar diálise peritoneal. Para descontinuidade da intervenção, adotou-se os seguintes critérios: manifestação verbal do participante de não querer permanecer no estudo, após a primeira sessão; hospitalização ou qualquer ausência superior a duas semanas.

Os desfechos clínicos primários de interesse foram as variações dos níveis de resiliência e QVRS, avaliadas pelas escalas de resiliência (ER) de Wagnild e Young⁽¹⁶⁾ e escala de QV *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form (KDQOL-SFTM)*⁽¹⁷⁾. A ER é composta por 25 itens, descritos de forma positiva com resposta tipo *Likert*. Esse instrumento é usado para avaliar níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Os escores têm uma amplitude que varia entre 25 a 175 pontos: escores de 25 a

124 indicam baixa resiliência, de 125 a 145 indicam moderada resiliência e escores maiores que 145 indicam moderadamente alta a alta resiliência⁽¹⁶⁾. A QV foi avaliada pela escala *KDQOL-SFTM* considerado um dos questionários mais completos disponíveis no Brasil para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pacientes com DRC em diálise. Os escores de seus itens variam entre 0 e 100, sendo que o cálculo das pontuações é feito por dimensão, não existe um valor único resultante da avaliação global da QVRS, mas escores médios para cada dimensão, analisadas separadamente; valores maiores refletem melhor QVRS, valores menores, QVRS menos favorável⁽¹⁷⁾. A variável de tratamento do estudo foi a intervenção psicoterapêutica breve RIME, ofertada ao paciente uma vez por semana, durante três semanas.

A randomização do estudo foi realizada por um profissional estatístico, através de geração de sequência numérica e aleatorização em blocos. Os grupos foram balanceados pelo método de bloqueio, objetivando atingir o balanceamento adequado, indivíduos com as mesmas características para as variáveis de restrição (sexo, idade e escolaridade) de aleatorização nos dois grupos⁽¹⁸⁾. O tamanho amostral foi determinado com base na proporção de indivíduos mentalmente/cognitivamente preservados, avaliados pelo teste do MEEM. O cálculo amostral foi realizado com o *Software* livre R, e foi adotado nível de significância de 5%. Por meio de amostragem estratificada⁽¹⁹⁾, obteve-se um número de 86 participantes, porém, como a população do estudo era limitada, fez-se necessário a aplicação da correção para populações finitas⁽²⁰⁾, corrigindo esse valor para 79 indivíduos.

Foram utilizados instrumentos de caracterização sociodemográfica e clínica, contendo informações pessoais e clínicas; ER de Wagnild e Young⁽¹⁶⁾, escala de QV *KDQOL-SFTM*⁽¹⁷⁾, Escala de Desesperança de Beck⁽²¹⁾ e Escala Visual Analógica de Bem-Estar⁽²²⁾, todos traduzidos, adaptados e validados para o contexto brasileiro. Com o intuito de diminuir os

riscos de vieses e garantindo o cegamento do ECR, todos os instrumentos foram aplicados por outra pesquisadora que foi devidamente capacitada para esta fase da coleta.

O estudo foi realizado em duas etapas, das quais participaram dois avaliadores, treinados e capacitados, denominados de avaliador um (primeiro autor do estudo) e avaliador dois. O avaliador um administrou a intervenção no GI; a participação do avaliador dois consistiu na aplicação dos instrumentos nas avaliações inicial e final. O cegamento foi aplicado apenas ao avaliador dois, que não teve conhecimento em qual grupo cada participante havia sido alocado. Na fase inicial, os participantes foram informados do objetivo do estudo, dos instrumentos, da intervenção a ser realizada e da garantia do anonimato e sigilo dos dados. Após aceitação ética e legal dos participantes sorteados nos grupos, foram realizadas entrevistas individuais, em dias e horários previamente agendados.

A coleta de dados e a intervenção foram realizadas entre os meses de julho de 2017 a janeiro de 2018, em conformidade com os seguintes procedimentos:

Participantes do GC: os participantes deste grupo não receberam nenhum protocolo de intervenção, no entanto receberam orientações sobre QV, resiliência, bem-estar emocional, e desesperança. Estes pacientes receberam duas visitas domiciliares, na ocasião em que responderam aos instrumentos de avaliação.

Participantes do GI: após responderem aos instrumentos de avaliação, foram aplicadas três sessões da intervenção RIME (pesquisador um) a cada um dos participantes. A sessão acontecia uma vez por semana, em dias e horários pré-agendados, nos seus respectivos domicílios, nos dias que não eram realizadas as sessões de HD. Cada sessão durou cerca de vinte e cinco minutos, e foi aplicada em ambiente privativo, mediante posição confortável do paciente. Em todas as sessões, era utilizado como material de apoio um notebook pessoal, para exibir as fotos que seriam utilizadas na aplicação da RIME, assim como para tocar as

músicas escolhidas pelos pacientes. A intervenção psicoterapêutica breve RIME seguiu padronização⁽¹⁴⁾:

1) Ouvir a pessoa em um diálogo de aproximação, identificação do foco a ser trabalhado, que pode ou não estar relacionado com a doença e suas sequelas emocionais; 2) condensação dos elementos identificados pela pesquisadora que exprimam a forma como o paciente está passando pelo tratamento com suas dificuldades e fortalezas; 3) apresentação de quatro imagens com paisagens naturais (jardim de flores com cachoeira suave, um lago sereno ao pé das montanhas, um campo, por onde passa um rio tranquilo, ou uma praia tranquila com mar sereno), para que a pessoa escolha a que mais se identifique, ressaltando que além das imagens oferecidas, é possível o uso de outras imagens que se enquadram na história de vida de cada paciente; 4) com o paciente posicionado confortavelmente, iniciam-se músicas instrumentais, pré selecionadas para relaxamento, que remetam aos sons da natureza; 5) com a música ambiente, inicia-se a indução pela pesquisadora do relaxamento mental através de técnicas de respiração lenta e profunda e estímulo para manter a serenidade da mente e dos músculos; 6) posteriormente são feitas orientações para visualização de elementos simbólicos (água, túnicas coloridas, sementes douradas, caixa vermelha com um presente para o próprio paciente), presença de pessoas queridas, presença de Deus ou de um ser espiritual que vá de encontro com as crenças do paciente, além de afirmações para o paciente integrar-se com a natureza, observar sua expressividade interior, suas qualidades e afirmar sensações de paz, proteção, confiança, amor, bem-estar e otimismo; 7) orientação lenta e progressiva para que o paciente retorne sua atenção para a Unidade onde se encontra; 8) acolhimento dos sentimentos e exposição da experiência dos pacientes.

A metodologia completa para aplicação da RIME pode ser encontrada no E-Book “Manual para Aplicação – RIME – Psicoterapia Breve por Imagens Alquímicas”⁽¹⁴⁾, disponível gratuitamente para download no site www.intervencaoorime.com.br.

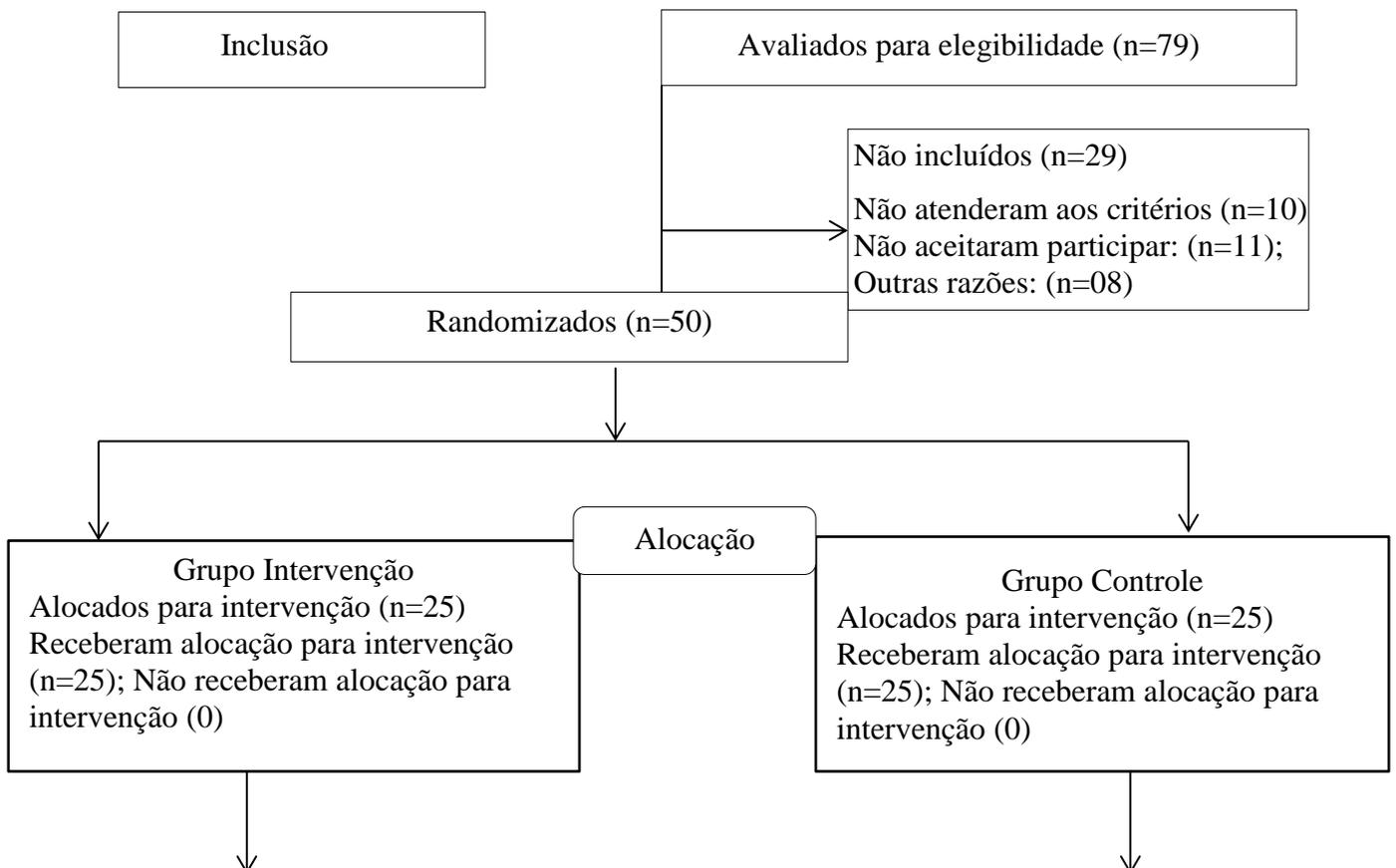
Os dados foram codificados e organizados em banco de dados com dupla entrada e comparação dos valores, utilizando-se o programa Microsoft Office Excel[®] versão 2013. Utilizou-se o *software* livre R para analisar os dados, versão 3.2.0. Foram realizadas análises descritivas, teste de *Shapiro Wilks* para verificar a existência de normalidade dos dados e para comparação das médias o teste *t de Student* (para amostras com distribuição normal) e teste de *Wilcoxon* (para amostras que não atenderam a suposição de normalidade) indicada pelo teste de *Shapiro Wilks*.

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, sob Parecer nº 1.894.955, e obedeceu às diretrizes éticas do Conselho Nacional de Saúde, de acordo com a resolução 466/12⁽²³⁾. Encontra-se cadastrado na Plataforma de

Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos-REBEC (nº RBR2b9zd2). A aceitação dos voluntários deu-se por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Dos 79 participantes, 10 não atendiam aos critérios de inclusão, 11 se recusaram a participar do estudo, três deles tinham ido a óbito na ocasião do primeiro contato. Um total de 55 pacientes foi avaliado pelo MEEM, sendo que cinco participantes não atingiram a pontuação da nota de corte desse instrumento. A amostra totalizou 50 voluntários que foram randomizados e pareados por sexo, idade e escolaridade, alocados de forma aleatória, em dois braços paralelos, grupo intervenção (GI n=25) e grupo controle (GC n=25), conforme explícito na *Figura 1*. Houve perda de seguimento de três participantes para o GI (um óbito, duas desistências) e um para o GC (óbito). Dessa forma, o GC foi constituído por (n=24) e GI (n=22).



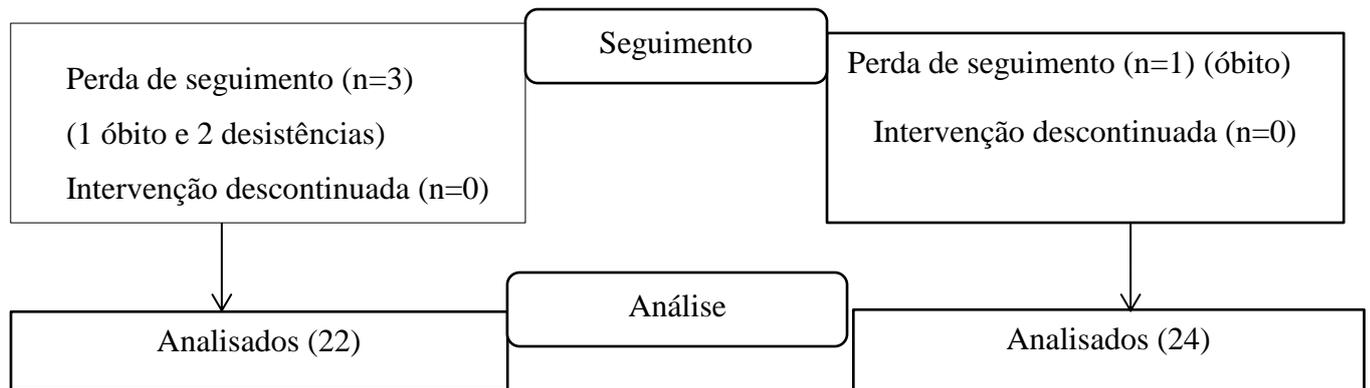


Figura 1- Fluxograma Consort⁽²⁴⁾. São Carlos, SP, Brasil.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes dos grupos GI e GC, um total de 46 pacientes, de acordo com suas características sociodemográficas e clínicas. Percebe-se que em relação às variáveis sexo, idade, acesso vascular fistula arteriovenosa (FAV) e presença de outras comorbidades relacionadas à DRC (com ênfase para o diabetes e hipertensão), os grupos mostraram-se homogêneos ($p > 0,05$), identificando dessa forma a adequação do processo de randomização.

Tabela 1: Caracterização da amostra, distribuída em Grupo Controle e Grupo Intervenção quanto as variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes estudados. São Carlos-SP (BR), 2018. (n=46)

Variáveis sociodemográficas e clínicas	Total (n=46)	GC* (n=24)	GI† (n=22)	p-valor
Sexo masculino/feminino (%)		54,17/45,83	54,54/45,46	1,000
Idade		47,54±8,77	47,14±10,50	0,888
Escolaridade (%)				
1-4 anos		4,16	09,11	0,937
5-9 anos		58,34	63,69	1,000
≥10 anos		37,50	27,20	0,969
Situação conjugal (%)				
Solteiro		16,62	31,82	0,391
Casado		75,06	50,00	0,147
Divorciado/separado		4,16	13,63	0,538
Viúvo		4,16	4,55	1,000
Religião (%)				
Católica		41,67	63,63	0,232

Evangélica	50,00	31,81	0,318
Espírita	8,33	4,56	1,000
Praticante (Sim/Não) (%)	70,83/29,17	63,63/36,37	0,837
Outras patologias (%)			
Diabetes	50,00	63,64	0,526
Hipertensão arterial	75,00	77,22	1,000
Depressão	20,83	13,64	0,800
AVC	4,16	0,00	1,000
Osteoporose	4,17	0,00	1,000
Medicamentos por dia	4,92±3.4	6,54±4,35	0,179
Medicação			
Antidepressivos	20,83	18,18	0,800
Anti-hipertensivos	75,0	45,45	0,550
Benzodiazepínicos	29,17	4,55,	0,872
Antiglicemiantes	12,30	31,82	1,000
Anticoagulante	12,50	31,82	0,264
Antiácido	20,83	50,00	0,143
Tempo em HD, meses	56,58±53,78	42,86±34,12	0,303
Acesso Vascular (%)			
Fístula arteriovenosa	95,83	100,00	1,000
Cateter venoso central	4,17	0,00	1,000
Transplante renal (%)			
História de transplante	12,50	15,79	1,000
Lista para transplante	70,83	90,91	0,179

*Grupo Controle; †Grupo Intervenção.

A Tabela 2 apresenta os escores médios da QVRS relacionada à saúde, atribuídos aos pacientes do GI e GC, nos períodos pré e pós-intervenção. Verifica-se que a percepção de QVRS do GI foi melhor em quase todos os domínios do KDQoL-SFTM comparativamente ao GC, porém com diferença estatisticamente significativa nas dimensões: *Sobrecarga da doença renal* (p valor=0,013), *Saúde global* (p valor=0,012) e *Bem-estar emocional* (p valor=0,041).

Tabela 2: Comparação das médias das dimensões de QVRS dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Controle nos períodos Pré e Pós intervenção. São Carlos-SP (BR) 2018. (n=46)

Dimensões da KDQOL-SF ^{TM*}	Pré-Intervenção			Pós-Intervenção		
	GI† (n=22)	GC‡ (n=24)	p-valor	GI† (n=22)	GC‡ (n=24)	p-valor
Média/desvio padrão						
Lista de sintomas/ problemas	75,66±12,79	72,83±20,49	0,574	78,22±12,56	72,83±16,87	0,223
Efeitos da doença renal	64,35±21,69	57,94±24,34	0,351	68,75±19,41	65,23±14,81	0,497
<i>Sobrecarga da doença renal</i>	42,05±21,58	38,28± 24,12	0,579	50,57±25,94	32,03±21,99	0,013
Situação de trabalho	18,18±32,90	20,83±35,86	0,795	19,09±32,90	27,08±35,86	0,055
Função cognitiva	75,15±24,18	73,23±23,44	0,682	78,82±19,47	74,14±13,79	0,742
Qualidade da interação social	70,00±19,49	72,22±20,21	0,706	76,67±17,79	68,61±20,76	0,164
Função sexual	3,11±1,27	2,80±1,14	0,583	3,11±1,27	2,57±1,51	0,463
Sono	65,80±17,19	60,72±22,14	0,667	64,85±15,57	61,18±17,45	0,859
Suporte social	76,52±33,99	73,61±38,36	0,787	84,85±26,12	71,53±35,94	0,156
Incentivo da equipe de diálise	59,09±33,89	77,60±32,76	0,067	64,21±36,86	76,04±34,95	0,271
<i>Saúde global</i>	59,56±24,39	58,75±18,01	0,901	63,64±16,78	49,17±20,62	0,012
Satisfação do paciente	58,81±12,29	57,65±14,75	1,000	63,13±13,50	56,30±13,99	0,175
Funcionamento físico	47,96±28,98	36,04±29,30	0,173	53,64±27,74	41,67±31,89	0,180
Função física	35,23±35,91	26,18±29,24	0,741	36,29±16,67	28,22±17,32	0,107
Dor	56,36±27,03	59,90±29,93	0,676	60,46±25,69	52,29±30,99	0,335
Saúde geral	46,14±20,23	41,46±20,30	0,676	47,05±23,69	40,00±22,02	0,303
<i>Bem-estar emocional</i>	65,27±17,30	62,67±20,08	0,639	70,73±13,99	61,50±15,77	0,041
Função emocional	48,49±42,07	41,18±30,12	0,566	50,17±18,67	43,87±24	0,232
Função social	61,36±26,98	65,10±28,78	0,651	68,18±29,56	61,46±28,29	0,436
Energia/fadiga	53,64±18,78	47,92±23,17	0,361	56,82±14,92	55,21±16,18	0,727
SF-12 Componente físico	36,50±8,57	34,60±10,22	0,496	35,97±8,77	35,14±9,25	0,758
SF-12 Componente mental	44,31±9,08	±44,62±9,43	0,912	47,17±8,87	43,69±10,45	0,228

*Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form; †Grupo intervenção; ‡Grupo controle.

A Tabela 3 corresponde à comparação dos escores das variáveis resiliência e desesperança. Na comparação intergrupos, houve significância estatística no GI (p-valor=0,018), demonstrando que os participantes desse grupo apresentaram níveis mais elevados de resiliência. A variável desesperança apresentou significância estatística (p-valor=0,001), indicando menor nível de desesperança nos participantes do GI após a RIME.

Tabela 3: Comparação dos escores de Resiliência e Desesperança dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Controle nos períodos Pré e Pós-intervenção. São Carlos-SP, BR. 2018. (n=46)

	Pré-intervenção			Pós-intervenção		
	GI* (n=22)	GC† (n=24)	p-valor	GI*(n=22)	GC†(n=24)	p-valor
Resiliência						
Média (SD)	142,7±12,5	140,7± 19,9	0,060	147,4±10,8	137,2±16,4	0,018
Desesperança						
Média (SD)	1,41 (0,85)	1,63 (0,82)	0,180	1,27 (0,70)	2,04 (0,95)	0,001

*Grupo Intervenção; †Grupo Controle.

Na Tabela 4 verifica-se a distribuição dos participantes por classe, da variável qualitativa Bem-Estar, no período pré e pós-intervenção. Ao olharmos isoladamente as categorias “sofrimento insuportável” e “nenhum sofrimento”, percebemos que no período pós intervenção, nenhum dos grupos teve representante na primeira categoria. Na segunda categoria, 18,18% dos participantes do GC se declararam sem nenhum sofrimento, enquanto o GI teve um percentual de 31,81% dos participantes inseridos nesta categoria.

Tabela 4: Distribuição dos participantes do Grupo Intervenção e Grupo Controle nas categorias de Bem-estar nos períodos Pré e Pós-intervenção. São Carlos-SP, BR, 2018. (n=46)

	Grupo Intervenção		Grupo Controle	
	Início(%)	Fim(%)	Início(%)	Fim(%)
<i>Sufrimento Insuportável</i>	9,09	0,00	87,50	0,00
Sufrimento Intenso	0,00	0,00	0,00	4,16
Sufrimento Incomodo	18,18	9,09	0,00	12,50
Sufrimento Moderado	36,36	18,18	0,00	29,16
Sufrimento Leve	18,18	40,90	0,00	33,30
<i>Nenhum Sofrimento</i>	18,18	31,81	12,50	20,83

Discussão

Por meio de revisão sistemática, identificamos que o presente estudo é o primeiro a utilizar a intervenção psicoterapêutica breve RIME em pessoas com DRC, o que aponta a originalidade do trabalho. Os resultados indicaram que a RIME proporcionou efeitos positivos na QVRS, Resiliência, Bem-Estar e Desesperança nos pacientes em tratamento de HD. Foi constatada a homogeneidade dos grupos no que tange as variáveis sexo, idade, acesso vascular FAV e outras comorbidades, sobretudo diabetes e hipertensão, sendo estes dados corroborados por outros estudos⁽⁹⁻¹¹⁾.

Verificou-se que a percepção de QVRS do GI foi melhor em quase todos os domínios do *KDQOL-SFTM* comparativamente ao GC, apontando diferença estatisticamente significante nas dimensões: *sobrecarga da doença renal, saúde global e bem-estar emocional*, o que sugere que a RIME proporcionou melhora nestes aspectos da QVRS dos pacientes. Um estudo randomizado realizado na Espanha, que também utilizou de técnica de relaxamento para estudar variáveis de desfecho como bem-estar psicológico, QVRS e alterações imunes em idosos, encontrou diferenças significativas entre os grupos. Os resultados mostraram que houve diminuição no afeto negativo, desconforto psicológico e percepção dos sintomas no grupo de tratamento, o que aumentou os escores de QVRS dos participantes⁽²⁵⁾. A literatura brasileira e internacional reforça que intervenções de cunho emocional/espiritual, como a RIME, a prece, a musicoterapia, ouvir a recitação do alcorão sagrado, intervenções estas que promovem momentos de descontração, relaxamento mental e bem-estar físico e emocional, suscitam o sentimento de esperança, enfrentamento da doença e proporcionam melhora na QV destes pacientes^(9-11,13,26).

No presente estudo, os domínios condição de trabalho, função sexual e aspectos físicos indicaram os piores escores, reforçando dados da literatura⁽²⁷⁾. O baixo escore no domínio condição de trabalho sugere que a maior parte dessa população encontra-se inativa ao

trabalho, devido aos problemas da DRC, e recebia benefício social auxílio-doença para se manter.

Os resultados também apontaram melhora nos níveis de resiliência do GI, com significância estatística ($p\text{-valor}=0,018$) após intervenção. A literatura nacional e internacional remete à importância dessa estratégia de enfrentamento nestes pacientes, como forma de suportar os problemas iniciais e favorecer a adaptação psicológica às mudanças advindas do tratamento da DRC. O tratamento em si requer do paciente um alto grau de resiliência na adesão ao regime terapêutico, aspecto esse de extrema importância para a saúde mental do doente, já que o cumprimento do regime terapêutico está associado a maiores escores de resiliência⁽²⁸⁻²⁹⁾. Dessa forma, a enfermagem e equipe multiprofissional precisam pensar em estratégias de promoção da resiliência dos seus pacientes, investindo em formas coadjuvantes ao tratamento convencional, que estejam ao seu alcance e domínio.

Os resultados do presente estudo indicaram que a intervenção RIME favoreceu a melhora da desesperança no GI ($p\text{-valor} = 0,001$), assim como a redução acentuada do sofrimento, promovendo efeitos positivos no bem-estar dos pacientes estudados. A desesperança, juntamente com outros problemas psicossociais, são recorrentes no tratamento da HD, e podem ameaçar a QVRS, já que a maioria dos pacientes enfrentam problemas físicos, emocionais ou sociais, fatores esses agravados pelo aumento da idade e a duração do tratamento⁽⁸⁾. A literatura evidencia que técnicas de relaxamento, meditação e visualização de imagens guiadas são propícias em trabalhar com componentes da saúde espiritual e favorecem maior percepção de bem-estar, dos processos cognitivos e da saúde mental e física, sendo eficazes também na redução de sentimentos de ansiedade e desesperança⁽³⁰⁻³¹⁾. Dessa forma, a esperança e a espiritualidade devem ser consideradas pelos profissionais de saúde durante a assistência, como formas de *coping* por parte dos pacientes, no contexto da DRC e tratamento de HD⁽³²⁾.

Sobre terapias complementares, um estudo nacional avaliou a eficácia da intervenção psicoterapêutica RIME frente ao bem-estar, em pacientes que fizeram ostomia intestinal e que se encontravam no período de pós-operatório mediato. Os autores observaram ser a RIME a única variável que apresentou significância estatística, levando-os a afirmarem que ela contribuiu para a melhoria do bem-estar emocional dos pacientes ostomizados⁽³³⁾. Outro estudo, randomizado, estudou os benefícios da RIME em 28 mulheres com câncer de mama, com possibilidades de cura, mastectomizadas. Os resultados indicaram melhora significativa na percepção da QVRS após a RIME, na autoestima e na desesperança dessas mulheres, comparado ao grupo controle⁽³¹⁾. A literatura internacional ressalta que os benefícios observados na medicina complementar e alternativa (MCA), como a capacidade de curar doenças, tratar efeitos adversos da medicina convencional, melhorar a QV, o bem-estar geral e fornecer esperança para muitos usuários de MCA foram descritos em estudo com pacientes cardíacos, assim como esses benefícios puderam ser também percebidos em pacientes em HD⁽³⁴⁻³⁵⁾.

Como limitações, a escassez do tema resiliência na área da enfermagem dificultou uma discussão e comparação mais abrangentes dos dados encontrados. A intervenção foi realizada nos domicílios dos participantes, porém pode ser facilmente realizada sua aplicabilidade dentro das unidades de diálise, uma vez que segue uma padronização. Os resultados deste estudo não podem ser generalizados, uma vez que foi conduzido em apenas uma unidade de diálise.

Apesar destas limitações, foi possível inferir que a intervenção psicoterapêutica breve RIME teve efeito satisfatório nos pacientes com DRC em tratamento de HD, uma vez que o número de sessões utilizado neste estudo foi o suficiente para evidenciar a força de reestruturação desta intervenção.

Conclusão

Os achados nos permitem concluir que alguns domínios da QVRS tiveram efeitos positivos pós intervenção RIME na saúde global, como bem-estar emocional, resiliência e desesperança. Foi possível perceber que os pacientes receberam a intervenção RIME como forma positiva de aliviar seu sofrimento, na maioria das vezes, advindo do quadro clínico e tratamento de HD, e por meio dela restabelecer seu equilíbrio emocional, buscando forças internas e procurando novos significados frente às adversidades.

Os resultados apresentam relevância para a prática clínica, diante dos benefícios da intervenção RIME já evidenciados pela literatura científica, assim como pela possibilidade da aplicabilidade dessa intervenção, em contextos de saúde/doença, pela enfermagem e equipe multiprofissional na assistência ao paciente em HD.

Referências

1. National Kidney Foundation - KDIGO. Kidney Disease Improving Global Outcomes. Kidney Int Suppl [Internet]. 2013; [cited 2019 Jul 13]; 3(1):1-163. Available from: https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf
2. Meuwesen WP, du Plessis JM, Burger JR, Lubbe MS, Cockeran M. Prescribing patterns of non-steroidal anti-inflammatory drugs in chronic kidney disease patients in the South African private sector. Int J Clin Pharm. [Internet]. 2016; [cited 2019 Jul 13]; 38(4):863-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27091130>
3. Sociedade Brasileira de Nefrologia [Internet]. Censo de Diálise SBN 2015 [cited 2019 Feb 18]. Available from: <https://sbn.org.br/centro-de-dialise-sbn-2015/>
4. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Brazilian Chronic Dialysis Census 2014; J Bras Nefrol [Internet]. 2016; ; [cited 2019 Jul 13]; 38:54-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20160009>.

5. Thomé FS, Sesso RC, Lopes AA, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. J. Bras. Nefrol. [Internet]. 2019; [cited 2019 Jul 02]; 41(2):208-214. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0178>.
6. Liu YM, Chang HJ, Wang RH, Yang LK, Lu KC, Hou YC. Role of resilience and social support in alleviating depression in patients receiving maintenance hemodialysis. Ther Clin Risk Manag. [Internet]. 2018; [Cited 2019 Jul 02]; 14:441-451. DOI: <https://doi.org/10.2147/TCRM.S152273>
7. Alcalde, PR, Kirsztajn, GM. Expenses of the Brazilian Public Healthcare System with chronic kidney disease. Braz. J. Nephrol. [Internet]; 2018; [cited 2019 Aug 22];40(2):122-129. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-3918. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v40n2/pt_2175-8239-jbn-3918.pdf
8. Ercan F, Demir S. Hopelessness and Quality of Life Levels in Hemodialysis Patients. MJT, [Internet]. 2018; [cited 2019 Aug 16] 29(3):169-174. DOI: <http://dx.doi.org/10.12996/gmj.2018.49>.
9. Brasileiro TOZ, Prado AAO, Assis BB, Nogueira DA, Lima RS, Chaves ECL. Effects of prayer on the vital signs of patients with chronic kidney disease: randomized controlled trial. Rev Esc Enferm USP.[Internet]. 2017; [Cited 2019 Aug 02]; 51:e03236. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016024603236>.
10. Hagemann PMS, Martin LC, Neme CMB. The effect of music therapy on hemodialysis patients' quality of life and depression symptoms. Braz. J. Nephrol. [Internet]. 2019; [cited 2019 Aug 02]; 41(1):74-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0023>.
11. Melo, GAA, Rodrigues, AB, Firmeza, MA, Grangeiro, AS, Oliveira, PP, Caetano, JA. Musical intervention on anxiety and vital parameters of chronic renal patients: a

- randomized clinical trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2018; [cited 2019 Aug 22];26:e2978. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2123.2978>.
12. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília: Ministério da Saúde. [Internet]. 2018; [cited 2019 Aug 21]; Available from: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossario-tematico.pdf>
13. Elias ACA, Ricci MD, Rodriguez, LHD, Pinto SD, Giglio JS, Baracat, EC. Development of a brief psychotherapy modality entitled RIME in a hospital setting using alchemical images. Estud. psicol. Campinas, [Internet]. 2017; [cited 2019 Sep 02]; 34(4): 534-547. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000400009>.
14. Elias, ACA. Manual para Aplicação - RIME - Psicoterapia Breve por Imagens Alquímicas. Orientador: Joel Sales Giglio. Ilustrações: Samyr Souen. Campinas, SP: Unicamp BFCM. [Internet]. 2018; [cited 2019 Sep 02]; Available from: http://intervencaoime.com.br/downloads/E-Book_Manual_para_Aplicacao-RIME.pdf
15. Brucki, S. M. D. Nitrini, R. Caramelli, P. Bertolucci, P.H.F. Okamoto I.H. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. Arq Neuropsiquiat, [Internet]. 2003; [cited 2019 Aug 22]; v. 61, p. 777-781. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2003000500014&script=sci_abstract&tlng=pt
16. Wagnild, GM, Young, HM. Development and psychometric evaluation of resilience scale. Journal of nursing measurement, New York, [Internet]. 1993; [cited 2019 Aug 12]; v. 1, n.2, p.165-178. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7850498>
17. Hays, RD. Kallish, J.D. Mapes, D.L. Coons, S.J. Carter, W.B. Development of kidney disease quality of life (KDQoL) instrument. Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, Oxford, [Internet].

- 1994; [cited Aug 12]; v. 3, n. 5, p. 329-38. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7841967>
18. Montgomery, DC. Design and Analysis of Experiments. 8^a. ed. [S.I.]: John Wiley & Sons, 2013.
19. Bolfarine, H.; Bussab, W. O. Elementos de amostragem. São Paulo: Blucher, 2007. 274p.
20. Silva, N. N. Amostragem probabilística: um curso introdutório. São Paulo: USP, 1998.
21. Beck, AT. Steer, R.A. Kovacs, M. Garrison, B. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. American Journal of Psychiatry, [Internet]. 1985; [cited 2019 Sep 12]; v.142, n. 5, p. 559-563. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3985195>
22. Campbell, WI, Lewis, S. Visual Analogue Measurement of Pain. Ulster Medical Journal, Londonderry, [Internet]. 1990; [cited 2019 Sep 12] v. 9, p. 149-54. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2448309/>
23. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [cited 2019 Sep 12]. Available from:
<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
24. Schulz KF, Altman DG, Moher D; CONSORT Group. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. Obstet Gynecol. [Internet]. 2010; [cited 2019 Aug 13]; 115(5):1063-70. Available from: <http://www.consort-statement.org/consort-statement/flow-diagram>.
25. Reig-Ferrer A, Ferrer-Cascales R, Santos-Ruiz A, Campos-Ferrer A, Prieto-Seva A, Velasco-Ruiz I, Fernandez-Pascual MD, Albaladejo-Blazquez N. A relaxation technique enhances psychological well-being and immune parameters in elderly people from a

- nursing home: A randomized controlled study. *BMC Complementary and Alternative Medicine* [Internet]. 2014; [cited 2019 Sep 12]; 14:311. DOI: 10.1186/1472-6882-14-311.
26. Frih B, Mkacher W, Bouzguenda A, Jaafar H, ALkandari SA, Ben Salah Z, Sas B, Hammami M, Frih A. Effects of listening to Holy Qur'an recitation and physical training on dialysis efficacy, functional capacity, and psychosocial outcomes in elderly patients undergoing haemodialysis. *Libyan Journal of Medicine*, [Internet]. 2017; [cited 2019 Oct 10]; 12(1):1372032. DOI: <https://doi.org/10.1080/19932820.2017.1372032>.
27. Oliveira, APB, Schmidt DB, Amatneeks TM, Santos JC, Cavallet LHR, Michel RB. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. *J. Bras. Nefrol.* [Internet]. 2016. [Cited 2019 Sep 22];38(4):411-420. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20140012>.
28. Silva RAR, Souza VL, Oliveira GJN, Silva BCO, Rocha CCT, Holanda JRR. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. *Esc Anna Nery*, [Internet]. 2016; [cited 2019 Oct 10]; 20(1):147-154. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000100147&script=sci_abstract&tlng=pt
29. Noghan N, Akaberi A, Pournamdarian S, Borujerdi E, Hejazi SS. Resilience and therapeutic regimen compliance in patients undergoing hemodialysis in hospitals of Hamedan, Iran. *Electronic Physician*, [Internet]. 2018; [cited 2019 Oct 10]; 10(5):6853-6858, DOI: <http://dx.doi.org/10.19082/6853>
30. Quinceno JM, Vinaccia S: La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Divers: Perspect Psicol* [Internet]. 2008; [cited 2019 Oct 15]; 5:321–336. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v5n2/v5n2a09.pdf>
31. Elias, A.C.A; Ricci M.D.; Rodrigues, L.H.D.; Pinto, S.D.; Giglio, J.S. & Baract, E.C. The Biopsychosocial Spiritual Model applied to the treatment of Women with Breast

- Cancer, through RIME Intervention (Relaxation, Mental Images, Spirituality).
Complementary Therapies in Clinical Practice, [Internet]. 2015; [cited 2019 Aug 18];
21(1):1-6. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25682524>
32. Ottaviani AC, Souza EN, Drago NC, Mendiondo MS, Pavarini SC, Orlandi FS. Hope and spirituality among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: a correlational study. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2014[cited 2019 Aug 20];22(2):248-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/0104-1169-rlae-22-02-00248.pdf>
33. Ribeiro ROB, Elias, ACA, Schimidt, TCG, Cedotti, W, Silva, MJP. A intervenção RIME como recurso para o bem-estar de pacientes ostomizados. *Psicol. hosp.*, [Internet]. 2014; [cited 2019 Oct 16]; 12(2):83-102. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677.
34. Bahall M, Edwards M. Perceptions of complementary and alternative medicine among cardiac patients in South Trinidad: a qualitative study. *BMC Complement Altern Med*. [Internet]. 2015; [cited 2019 Oct 16]; 15:99 DOI: 10.1186/s12906-015-0577-8.
35. Bahall, M. Use of complementary and alternative medicine by patients with end-stage renal disease on haemodialysis in Trinidad: A descriptive study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, [Internet]. 2017; [cited 2019 Oct 16]; 17(1):250. DOI 10.1186/s12906-017-1755-7.

Financiamento

O presente estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) Código de Financiamento 001.

4.3 Artigo 3:

EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA BREVE DE APOIO EM PACIENTES HEMODIALISADOS: ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL

RESUMO

Objetivos: avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e resiliência de pacientes hemodialisados de uma cidade do norte de Portugal, antes e após a intervenção psicoterapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade; e identificar os fatores que interferem nos níveis de resiliência destes pacientes.

Método: estudo quase-experimental, realizado com 17 participantes de duas unidades de diálise localizadas em uma cidade do norte de Portugal, de novembro de 2018 a abril de 2019. Foram utilizados questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, escala de qualidade de vida *Kidney Disease Quality of Life-Short Form*, escala de resiliência e intervenção psicoterapêutica breve. Cada paciente recebeu três sessões da intervenção, sendo avaliados antes e depois. Foram utilizados testes de *Shapiro Wilks* para verificar a normalidade dos dados, testes *t de Student* e de *Wilcoxon* para comparação das médias e regressão linear na identificação dos fatores associados à resiliência.

Resultados: a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde foi melhor em quase todos os domínios da escala no pós-intervenção, com diferença estatisticamente significativa nas dimensões: *função física* ($p=0,006$) e *função emocional* ($p=0,021$). Na avaliação da resiliência, verificou-se aumento com significância estatística no período pós-intervenção ($p=0,002$); análises de regressão linear revelaram que religião, outras patologias e histórico de transplante são fatores que estão relacionados ao aumento dos níveis de resiliência; e uso de medicamentos antidepressivos e anti-hipertensivos são fatores que podem interferir na diminuição da resiliência.

Conclusão: a intervenção RIME promoveu melhora da resiliência e de alguns domínios da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes, devendo ser estimulada sua aplicabilidade no contexto dos pacientes em hemodiálise.

Palavras-chave: Terapias Complementares. Qualidade de vida. Resiliência psicológica. Insuficiência Renal Crônica. Hemodiálise. Cuidados Paliativos. Medicina Psicossomática.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é uma anormalidade da estrutura ou função renal, presente por ≥ 3 meses, detectada pela presença de albuminúria persistente ou pela redução da taxa de filtração glomerular.¹ A DRC tem se tornado um grande problema de saúde pública,² causando impactos na qualidade de vida (QV), nos gastos com a saúde e afetando de 8 a 16% da população mundial.³

Segundo a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência,⁴ Portugal enfrenta um crescimento anual de DRC em estágio 5, superior à média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), registrando taxas mais elevadas de incidência e prevalência da Europa (226,7 por milhão da população (pmp) e 1824,4 pmp respectivamente em 2015). Esse resultado deve-se à consequência de fatores relacionados à melhoria na prestação de cuidados de saúde em geral, dos recursos disponíveis aos pacientes, do aumento da esperança de vida e acessibilidade ao tratamento.⁴

O tratamento de hemodiálise (HD) embora prolongue a vida, provoca repercussões negativas devido as mudanças nos hábitos e rotinas, levando ao comprometimento da QV.⁵ O termo QV requer uma definição, já que se trata de um tema complexo e subjetivo, por envolver diversas áreas de estudo, levando a uma tendência conforme o interesse científico e político ao qual a pesquisa está relacionada. Para este estudo, utilizou-se a definição da Associação Brasileira de Self-Healing (ASH)⁶ que defende que a qualidade de vida está relacionada à saúde (QVRS), sendo um subconjunto do termo QV, frequentemente utilizado para distinguir QV em sentido mais geral e relacionada a parâmetros clínicos. A QVRS aborda aspectos relevantes que englobam saúde, sintomas físicos, funções físicas, emocionais, cognitivas e sexuais, estado funcional e as possíveis consequências desses fatores.

Pesquisadores buscaram compreender os aspectos que envolvem os processos de enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento hemodialítico, e o impacto da DRC sobre a QV destes, e constataram que a resiliência está relacionada com o alcance de uma boa saúde psíquica.⁷

Entre muitas definições, resiliência está associada à capacidade do indivíduo de se recuperar das adversidades, e vê-las como oportunidade de crescimento. Seus determinantes incluem fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais que interagem uns com os outros para determinar como alguém responde a experiências estressantes.⁸ Teoricamente, sugere-se que a autoconfiança e o apoio social são variáveis conceituais chaves, e que há uma

associação positiva entre maior resiliência / melhor apoio social, e maior probabilidade de resposta ao tratamento.⁹ Neste cenário, analisar os níveis de QV e resiliência dos pacientes contribui para a elaboração de melhorias e intervenções, que podem ser aplicadas em prol destes, que convivem diariamente com a DRC e para o resto de suas vidas, levando em conta o caráter incurável dessa patologia.

Alinhado ao contexto, utilizamos neste estudo a intervenção psicoterapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME), inserida no âmbito de cuidados paliativos, e que favorece a potencialização dos recursos internos do paciente. A RIME é uma intervenção psicoterapêutica breve de apoio, de caráter complementar, que integra as técnicas de relaxamento, imaginação dirigida e elementos da espiritualidade, constituindo uma abordagem simbólica e transpessoal.¹⁰ Tem como objetivo ressignificar a dor psíquica, a dor espiritual ou um foco de sofrimento definido pelo paciente, possibilitando o fortalecimento dos recursos psíquicos saudáveis e da resiliência, promovendo QV frente ao adoecer.¹⁰

Destarte, o estudo em questão teve dois objetivos: avaliar a QV e resiliência de pacientes em tratamento hemodialíticos da cidade do Porto (Portugal), antes e após a intervenção psicoterapêutica RIME; e identificar os fatores que interferem nos níveis de resiliência destes pacientes.

MÉTODOS

Estudo quase-experimental com pré e pós-testes, em um único grupo, realizado em duas unidades privadas de diálise, conveniadas com o sistema público de saúde e localizadas em uma cidade da região norte de Portugal. Cada clínica atende, criteriosamente, aqueles pacientes que residem nas suas adjacências (freguesias). O estudo fez parte de um treinamento acadêmico, fomentado pela CAPES, denominado Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), e foi vinculado à Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), realizado entre novembro de 2018 e abril de 2019.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: idade entre 18 e 64 anos; possuir diagnóstico médico de DRC; estar em tratamento de HD há pelo menos seis meses; estar orientado auto e alopsiquicamente; manter capacidades cognitivas preservadas. Os critérios adotados para exclusão foram: apresentar quadros demenciais ou déficits cognitivos (rastreado por meio da aplicação do mini-exame do estado mental - MEEM¹¹); apresentar sequelas ou deficiências que impossibilitassem a aplicação dos instrumentos e da intervenção RIME; realizar diálise peritoneal. Para descontinuidade da intervenção, adotaram-se os

seguintes critérios: manifestação verbal do participante de não querer permanecer no estudo após a primeira sessão; hospitalização ou qualquer ausência superior a duas semanas.

No mês de dezembro, foi feito contato com a primeira unidade de diálise, que atendia na ocasião 50 pacientes cadastrados e inseridos no programa de HD, sendo que 35 (70%) destes tinham idade superior a 65 anos. Dos 15 pacientes restantes, todos atendiam aos critérios de inclusão, porém quatro se recusaram a participar do estudo, totalizando 11 pacientes, que foram informados do objetivo do estudo, dos instrumentos, da intervenção e da garantia do anonimato e sigilo dos dados. Já na segunda unidade, foi fornecida uma lista com 11 nomes, que se enquadravam nos critérios de inclusão, sendo que cinco deles não aceitaram participar da pesquisa, concluindo a coleta nesta unidade com seis participantes; dessa forma, a amostra final compôs-se de 17 participantes com DRC em tratamento hemodialítico. A anuência dos participantes deu-se por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Abaixo, segue fluxograma informativo dos participantes:

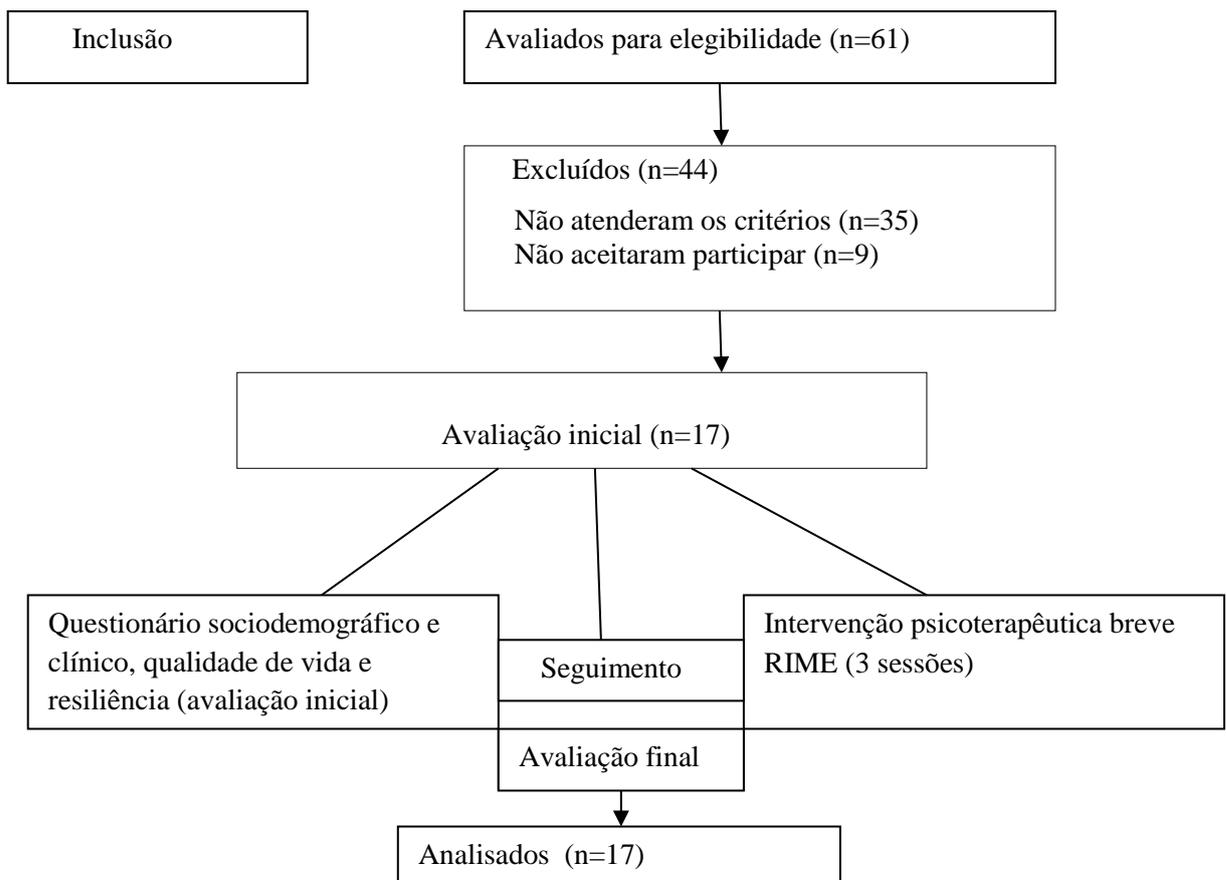


Figura 1- Fluxograma: Adaptado segundo Consort¹².

A avaliação consistiu de questionário de caracterização sociodemográfica e clínica; escala de qualidade de vida Kidney Disease and Quality of Life Short-Form (KDQOL-SFTM)¹³, e escala de resiliência (ER). O KDQoL-SFTM é um instrumento específico que avalia a DRC e os escores de seus itens variam entre 0 e 100, sendo que o cálculo das pontuações é feito por dimensão, não existe um valor único resultante da avaliação global da qualidade de vida relacionada à saúde QVRS, mas escores médios para cada dimensão, analisadas separadamente. Valores maiores refletem melhor QVRS, valores menores, QVRS menos favorável. A escala de resiliência, contém 25 itens em escala *Likert* de sete pontos, o total de escores varia de 25 a 175 na escala original¹⁴, e de 25 a 161 pontos na versão adaptada para pacientes portugueses adultos, assim correspondendo: valores iguais ou menores que 124 pontos indicam baixa resiliência; valores de 125 a 145 indicam níveis moderados de resiliência, e valores maiores que 145 indicam moderadamente alta a alta resiliência. Tanto os instrumentos quanto a intervenção foram aplicados pela mesma pesquisadora, e eram realizados de forma individualizada.

Protocolo da intervenção: foram aplicadas três sessões de RIME a cada um dos participantes. As sessões aconteciam uma vez por semana, em dias e horários pré-agendados, em uma sala privativa da unidade de diálise previamente escolhida para esta finalidade (o mesmo procedimento foi realizado nas duas unidades de diálise), em horários que antecediam as sessões, ou nos dias em que o paciente não era submetido à HD. Cada sessão durou cerca de vinte e cinco minutos, onde o paciente ficava posicionado confortavelmente na cadeira de HD, que regulava conforme sua vontade, normalmente preferindo ficar deitado, em decúbito dorsal.

Foi necessário adequar o ambiente para três participantes: a primeira, uma paciente que fazia uso de cadeira de rodas, preferiu receber as sessões de RIME em sua cadeira, em sala privativa; a segunda, também cadeirante, preferiu receber as sessões na cadeira de HD, durante o tratamento. Para esta paciente, nos dias da intervenção, era solicitado a equipe que a posicionasse na última cadeira ao lado da parede, e era utilizado um biombo, separando-a dos demais, garantindo o máximo de privacidade; o terceiro paciente manifestou interesse em receber a intervenção em seu domicílio, pois relatou que o ambiente da clínica por si só, já o deixava muito cansado, ao que foi prontamente atendido. Em todas as sessões, foi utilizado como material de apoio um ultrabook pessoal (onde eram tocadas as músicas para indução do relaxamento, assim como para a pesquisadora fazer anotações antes e após a intervenção) e um álbum composto por 4 fotografias (tamanho da Folha A4), com imagens da natureza (jardim de flores com cachoeira suave, um lago sereno ao pé da montanha, um campo, por

onde passa um rio tranquilo e uma praia tranquila, com mar sereno). Ao final da terceira sessão de RIME, cada participante era novamente submetido aos instrumentos de avaliação (pós-teste).

A metodologia completa para aplicação da RIME pode ser encontrada no E-Book “Manual para Aplicação – RIME – Psicoterapia Breve por Imagens Alquímicas”¹⁰, disponível gratuitamente para download no site www.intervencaoime.com.br.

Utilizou-se o *software* livre R para analisar os dados, versão 3.2.0. Foram realizadas análises descritivas, teste de *Shapiro Wilks* para verificar a existência de normalidade dos dados, e para comparação das médias o teste *t de Student* (para amostras com distribuição normal) e teste de *Wilcoxon* (para amostras que não atenderam a suposição de normalidade) indicada pelo teste de *Shapiro Wilks*. A metodologia utilizada para ajuste do modelo de regressão linear múltipla, foi o *Least Absolute Shrinkage and Selection Operator* (Lasso).¹⁵ Foi adotado nível de significância de 5%.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes, de acordo com suas características sociodemográficas e clínicas. Dos 17 pacientes que fizeram parte da amostra, a maioria era composta pelo sexo masculino, média de idade 56,5 anos, situação conjugal casado/união estável, e confessavam o catolicismo. Em relação aos dados clínicos, a maioria dos respondentes possuíam outras patologias, com destaque para hipertensão, seguida de diabetes, faziam uso de polifarmácia (± 6 medicamentos/dia). O acesso vascular mais utilizado era a fístula arteriovenosa (FAV), e 23,52% dos pacientes possuíam histórico de transplante renal, e a maioria encontrava-se em listas de espera para transplante.

Tabela 1: Caracterização da amostra quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos dos pacientes em HD. Porto, PT, 2019. (n=17)

Variáveis sociodemográficas e clínicas	Média (dp)	%
Sexo (M/F) (%)		77,30/22,7
Idade (média; DP)	56,5 \pm 9,09	
Escolaridade (%)		
1-4 anos		11,78
5-9 anos		23,52
≥ 10 anos		64,70
Situação conjugal (%)		
Solteiro		11,80
Casado		64,70

Divorciado/separado	17,60
Viúvo	5,90
Religião (%)	
Católica	88,24
Evangélica	5,88
Não possui	5,88
Praticante (S/N) (%)	41,20/58,80
Outras patologias (%)	
Diabetes	23,52
Hipertensão arterial	82,35
AVC	5,88
Medicamentos por dia (média, DP)	6,05 ±3,32
Medicação (%)	
Anti-hipertensivos	70,57
Benzodiazepínicos	23,50
Antiglicemiante	35,30
Anticoagulante	35,32
Antiácido	64,71
Tempo em HD, meses (média, DP)	71,32±84,71
Acesso Vascular (%)	
Fístula arteriovenosa	82,30
Cateter venoso central	17,70
Transplante renal (%)	
Histórico de transplante (Sim/Não)	23,52/76,48
Lista para transplante (Sim/Não)	64,70/35,30

Na Tabela 2 são apresentados os escores médios da QVRS, atribuídos aos pacientes nos períodos antes e depois da intervenção RIME, e os resultados do teste *t de Student*. Verifica-se que a percepção de QV foi melhor em quase todos os domínios do KDQOL-SFTM, porém com diferença estatisticamente significativa nas dimensões: *Função física* (*p-valor=0,006*) e *Função emocional* (*p-valor=0,02*).

Tabela 2: Comparação dos escores de QVRS dos pacientes em HD nos períodos Pré e Pós intervenção. Porto, PT, 2019. (n=17)

Domínios da KDQoL	Intervenção RIME		p-valor*
	Pré	Pós	
Lista de sintomas/problemas	81,49±7,58	82,48±11,05	0,765
Efeitos da doença renal	70,96±16,64	73,35±15,82	0,671
Sobrecarga da doença renal	32,35±14,02	35,29±21,64	0,642
Situação de trabalho	14,71±34,30	23,53±39,99	0,495
Função cognitiva	78,82±19,47	74,51±21,24	0,542

Qualidade da interação social	75,29±17,76	73,33±16,67	0,742
Função sexual	91,67±1,20	91,67±0,72	1,000
Sono	64,85±15,57	67,21±15,05	0,657
Suporte social	50,98±34,09	69,61±27,79	0,091
Incentivo da equipe de diálise	83,82±18,10	84,56±17,42	0,905
Saúde global	50,00±18,03	61,76±19,76	0,079
Satisfação do paciente	62,75±20,86	61,71±21,95	0,791
Funcionamento físico	52,35±27,79	65,29±22,46	0,146
<i>Função física</i>	16,18±29,24	51,47±39,99	0,006
Dor	58,97±25,30	71,18±23,17	0,152
Saúde geral	42,65±16,62	44,12±16,70	0,796
Bem-estar emocional	53,65±16,12	58,82±15,48	0,354
<i>Função emocional</i>	41,18±30,12	66,67±31,18	0,021
Função social	59,56±25,97	68,38±21,25	0,287
Energia/fadiga	49,41±13,79	50,59±11,16	0,786
SF-12 Componente físico	37,90±8,55	38,01±8,49	0,971
SF-12 Componente mental	46,43±8,02	48,71±8,49	0,426

* Teste *t-Student*

Ao serem comparadas as médias dos escores de resiliência dos pacientes (Tabela 3) antes e após a intervenção, verificou-se que os pacientes apresentaram um acréscimo relevante no período pós-intervenção 135,0±12,8, com significância estatística (*p-valor=0,002*).

Tabela 3: Comparação dos escores de resiliência dos pacientes em HD nos períodos Pré e Pós-intervenção. Porto-PT, 2019. (n=17)

	Pré-intervenção	Pós-intervenção	p-valor*
	Média/Dp	Média/Dp	
Resiliência	114,5±35,6	135,0±12,8	0,002

* Teste de *Wilcoxon*.

Na Tabela 4 estão apresentados os resultados da análise de regressão linear múltipla tendo como desfecho o grau de resiliência com as variáveis explicativas sociodemográficas e clínicas dos pacientes em hemodiálise.

Tabela 4: Resultados da análise de regressão linear tendo como desfecho o grau de resiliência e as variáveis explicativas dos pacientes em HD. Porto, PT, 2019. (n=17)

Variáveis	Estimativa	p-valor*
Intercepto	28,696	0,347
Religião	64,712	<0,001

Outras patologias	23,789	0,012
Histórico de transplante	55,798	<0,001
Antidepressivos	-53,421	<0,001
Anti-hipertensivos	-65,666	<0,001

*Teste razão de verossimilhança para nulidade.

DISCUSSÃO

Em relação ao perfil sociodemográfico da população, os achados corroboram os resultados de outros estudos realizados com doentes renais crônicos em tratamento de HD, onde predominam o sexo masculino, união estável, média de idade de 56 anos e adeptos da religião católica.¹⁶⁻¹⁹ Quanto as características clínicas dos participantes, dentre outras patologias destacaram-se a hipertensão arterial (HA) e diabetes. Portugal é o país com maior incidência de DRC da Europa, maior prevalência de diabetes na OCDE e o 3º com maior prevalência de HA na OCDE, e estas contribuem para que o país ocupe este lugar de destaque, uma vez que são doenças difíceis de serem controladas ou revertidas.⁴

De acordo com os resultados, a RIME promoveu melhoras em alguns aspectos da QVRS de pacientes portugueses em tratamento de HD, assim como proporcionou aumento nos níveis de resiliência. Pela análise das médias da KDQOL-SFTM, foi possível inferir que a percepção de QVRS foi melhor em quase todos os domínios após a RIME, porém com diferença estatisticamente significativa nas dimensões: “*Função física*” (p -valor=0,006) e “*Função emocional*” (p -valor=0,021). A RIME, ao integrar as técnicas de relaxamento, imaginação dirigida e elementos da espiritualidade, favorece a potencialização dos recursos internos do paciente, dando novos significados a sua dor e sofrimento, promovendo QV frente ao adoecer.¹⁰ Nesse sentido, intervenções de cunho biopsicossocial e espiritual promovem momentos de descontração, relaxamento mental e bem-estar físico e emocional, suscitam o sentimento de esperança, enfrentamento da doença e proporcionam melhora na QV destes pacientes.^{10,17} A espiritualidade estimula os recursos internos, o que auxilia na aceitação da doença e pode favorecer o processo de reabilitação.¹⁷

Um estudo controlado e randomizado, com 65 pacientes em tratamento de HD, objetivou testar a eficácia de outra modalidade de intervenção, a terapia comportamental cognitiva, que trabalha com a modificação de crenças e comportamento. Esta foi administrada durante as sessões de HD, visando reduzir sintomas depressivos nesses pacientes. Dos 65 participantes matriculados em dois centros de diálise de Nova York, 59 completaram o estudo e foram alocados em dois grupos, grupo de tratamento ($n = 33$) e grupo controle da lista de espera ($n=26$).²⁰ Os resultados mostraram que houve melhorias significativas nos quadros de

depressão. Entre os participantes com depressão diagnosticada na linha de base, 89% do grupo de tratamento não estavam deprimidos no final do tratamento, em comparação com 38% no grupo da lista de espera (teste exato de Fisher, $p = 0,01$). Além disso, o grupo de tratamento experimentou maiores melhorias na QVRS, avaliada com a KDQOL-SFTM ($p=0,04$).²⁰ Esses resultados reforçam que intervenções voltadas à saúde contribuem para melhora da QV e devem ser incentivadas.

Um estudo de revisão sistemática,²¹ compilou em seus resultados que a RIME promoveu benefícios múltiplos a outras populações. Em relação a tais benefícios, a intervenção promoveu a resignificação da dor simbólica da morte de pacientes fora de possibilidade de cura; proporcionou QV no processo de morrer; contribuiu para o bem-estar emocional de pacientes ostomizados; contribuiu com a QV de pacientes com câncer de mama, com possibilidades de cura; trouxe benefícios na QV de pacientes com câncer de cabeça e pescoço; promoveu resignificação da dor espiritual de jovens enlutados, oferecendo retorno satisfatório quanto à elaboração do luto. Autores afirmam que intervenções como técnicas de relaxamento, meditação e visualização de imagens guiadas são propícias em trabalhar com componentes da saúde espiritual e favorecem maior percepção de bem-estar, dos processos cognitivos e da saúde mental e física, sendo eficazes também na redução de sentimentos de ansiedade e desesperança.²²⁻²³

A dimensão da KDQOL-SFTM melhor pontuada foi o “*Estímulo por parte da equipe de diálise*”, com médias de 83,82 e 84,56 pré e pós intervenção, respectivamente. Em segundo lugar, a “*Função sexual*”, onde os escores apontaram médias de 91,67 pré e pós-intervenção. Esses dados são compatíveis com outros estudos realizados com a mesma população.²⁴⁻²⁵ A equipe de cuidado além de estabelecer vínculo assertivo com os pacientes, representa uma fonte de apoio e incentivo para os mesmos, possibilitando dessa forma a adesão ao tratamento e colaborando com melhores níveis de QVRS.²⁴

Por outro lado, as dimensões mais comprometidas foram “*Situação de trabalho*” apresentando menor escore pré-intervenção ($14,71 \pm 34,30$), seguida da “*Função física*” ($16,18 \pm 29,24$). Esses resultados corroboram com outras pesquisas reportadas na literatura^{16,18,24}, que apontam que a função física e situação de trabalho estão prejudicadas nos pacientes em HD. A função física é uma dimensão que pode comprometer a relação do paciente com suas atividades laborais ou outras atividades rotineiras, levando em consideração seu desempenho físico, e o aparecimento de sintomas como fraqueza e mal-estar, o que interfere nas atividades diárias, refletindo negativamente na QVRS. Quanto à situação de trabalho, o paciente com DRCT necessita de três sessões por semana de HD, por

um período de 4h por sessão, o que pode explicar a falta de oportunidade de adquirir um trabalho e manter uma atividade remunerada, muitas vezes dependendo de um salário auxílio-doença. Ainda, as pessoas inativas ou sem vínculo profissional devido às limitações físicas, geralmente são dependentes da previdência social e sujeitas a menor poder aquisitivo, o que pode estar associado a níveis mais baixos de QVRS.

Os resultados do presente estudo evidenciaram aumento nos níveis de resiliência dos pacientes. No período pré-intervenção, foram pontuados baixos escores de resiliência, de acordo com a escala ($114,5 \pm 35,6$), e no pós-intervenção, foram alcançados níveis moderados ($135,0 \pm 12,8$), com significância estatística ($p\text{-valor} = 0,002$). Um estudo realizado no Irã,²⁶ com 107 participantes, que objetivou investigar a relação entre resiliência e adesão ao regime terapêutico em pacientes submetidos à HD, pontuou médias de resiliência mais baixas ($75,04 \pm 14,54$) que o presente estudo. Os resultados daqueles autores indicaram que apenas 25 (23,4%) dos pacientes aderiram ao regime terapêutico, e 82 (76,6%) não-aderiram. Os pacientes que tiveram adesão ao tratamento apresentaram média superior de resiliência ($80,48 \pm 15,71$), em relação àqueles que não aderiram ($73,38 \pm 13,84$), com diferença estatística significativa ($p=0,032$). A literatura afirma que a resiliência é uma habilidade única de pessoas para prevenir, limitar e superar os efeitos nocivos de condições difíceis, como doenças crônicas, e que há uma associação positiva entre maior resiliência e probabilidade maior de resposta ao tratamento.^{10,26}, assim como esta garante melhor adaptação às restrições impostas pela doença²⁷.

Análises de regressão linear revelaram que algumas variáveis contribuíram para o aumento ou a diminuição da resiliência dos pacientes. De acordo com os resultados, as variáveis religião, outras patologias e histórico de transplante renal foram fatores significativos relacionados ao aumento da resiliência, enquanto que medicamentos, como os antidepressivos e anti-hipertensivos estão relacionados à diminuição da mesma. Alguns fatores se mostram protetores, reduzindo o impacto da doença, permitindo para alguns pacientes a superação e ressignificação do quadro clínico. Estudos reiteraram que possuir uma crença religiosa ou ser praticante implica positivamente na resiliência^{27,28}. Um estudo realizado em um Hospital escola da Faculdade de Medicina, na cidade de Itajubá²⁷ teve por objetivo avaliar o nível de resiliência de pacientes com DRC em HD. Os resultados mostraram que 61% dos pacientes em tratamento dialítico apresentaram tendência à resiliência, e a religião foi uma das questões biossociais que pôde ter influenciado essa tendência. Outro estudo que verificou a associação entre resiliência e variáveis sociodemográficas e de saúde de 603 pessoas com diagnóstico de DRC e/ou diabetes mellitus

tipo 2, trouxe em seus resultados que as pessoas que referiram ter uma religião apresentaram melhores níveis de resiliência.²⁸

Em relação aos fatores “outras patologias” e “transplante renal”, pode-se inferir hipoteticamente, que favorecem o aumento da resiliência por exigir do paciente um grau maior de comprometimento com sua saúde. A perda do transplante pode estar relacionada com a esperança de vida do paciente, com sua vontade e necessidade de continuar o percurso da vida, de se cuidar melhor, motivando-o a adesão ao tratamento, e assim interferindo no aumento da resiliência.

Também encontrou-se no presente estudo que alguns fatores contribuíram para a queda da resiliência, como uso de antidepressivos e anti-hipertensivos. Um estudo realizado com cuidadores familiares de pacientes com doença de Alzheimer também encontrou relação entre sintomas depressivos e menores níveis de resiliência²⁹. Pode-se deduzir também que medicamentos como antidepressivos, que agem diretamente nos neurotransmissores cerebrais podem eventualmente levar o paciente a um menor processo de resiliência, pois esses pacientes podem apresentar alteração no humor ou na emoção. A literatura não evidencia a relação entre esses aspectos medicamentosos e os níveis de resiliência, devendo portanto, este tema ser oportunamente estudado em pesquisas futuras.

Chamamos a atenção com este estudo, para a importância da avaliação dos níveis de QVRS e resiliência dos pacientes em HD, pois essas variáveis são capazes de evidenciar as potencialidades ou fragilidades dos mesmos, e permitem ações assertivas por parte da equipe de enfermagem /multiprofissional.

Em relação às limitações desse estudo, destacam-se o tamanho limitado da amostra, a falta de um grupo controle, e também a impossibilidade da não generalização dos resultados, uma vez que a pesquisa foi realizada e focada em serviços de diálise específicos. Desta forma, sugere-se a realização de novos estudos, com diferentes delineamentos e incluindo amostras maiores, a fim de auxiliar na produção de novas evidências. Ademais, a resiliência tem sido um tema escasso nas pesquisas de enfermagem, o que dificulta as buscas para embasamento dos dados, fato esse também que agrega valor a este estudo.

CONCLUSÃO

Baseado nos resultados das duas avaliações antes e depois da intervenção, foi possível concluir que a RIME apresentou efeitos satisfatórios sobre a QVRS e a resiliência nos pacientes em tratamento de HD.

A possibilidade do uso de intervenções voltadas ao bem-estar psicoemocional e a

promoção de novas potencialidades do paciente, permitem que este aprimore suas estratégias de enfrentamento e se fortaleça diante das adversidades encontrando novas formas de lidar com as experiências de sofrimento.

Finalmente, é possível inferir que estes resultados sejam relevantes para a prática clínica, uma vez que apresentam evidências científicas acerca do efeito positivo da intervenção RIME. A possibilidade do seu uso pelo enfermeiro e outros profissionais de saúde, como terapia complementar ao tratamento do doente renal crônico contribui com um atendimento holístico e humanizado, haja vista que a intervenção pode ser facilmente generalizada e operacionalizada para outras unidades de diálise.

FOMENTO

O presente estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) Código de Financiamento 001. Bolsa de Doutorado Sanduíche no Exterior, Processo: PDSE 88881.189868/2018-01.

REFERÊNCIAS

1. Ronco P, Rovin B, Schlöndorff D. (Ed.) KDIGO 2018 Clinical practice guideline for the prevention, diagnosis, evaluation, and treatment of hepatitis C in chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 2018;8(3):91-165.
2. Park JI, Baek H, Jung HH. Prevalence of Chronic Kidney Disease in Korea: the Korean National Health and Nutritional Examination Survey 2011–2013. *J Korean Med Sci*. 2016;31(6):915-23. PMID:27247501. <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2016.31.6.915>.
3. Lotufo PA. Renal disease screening: a potential tool for reducing health inequity. *Sao Paulo Med J* 2016; 134:1-2. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.13411512>.
4. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – NEFROLOGIA. Portugal: República Portuguesa, 2017. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/RNEHR-Nefrologia-Aprovada-19-06-2017.pdf>
5. Jesus NM, Souza GF, Mendes-Rodrigues C, Almeida Neto OP, Rodrigues DDM, Cunha CM. Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico. *J. Bras. Nefrol.*, 2019; 41(3)364-374. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0152>.
6. ABSH. Associação Brasileira de Self-Healing: Cálculo do escore do questionário SF36. São Paulo: ABSH, 2014. Available from: http://www.absh.org.br/00.php?nPag=11_001.
7. Galvão JO, Matsuoka ETM, Castanha AR, Furtado FMSF. Processos de enfrentamento e resiliência em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Contextos Clínic* 2019;12(2):659-84. Doi. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2019.122.13>.
8. Steven M. Southwick, George A. Bonanno, Ann S. Masten, Catherine Panter-

Brick & Rachel Yehuda (2014) Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives, *European Journal of Psychotraumatology*, 5:1, 25338, DOI: 10.3402/ejpt.v5.25338

To link to this article: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>

9. Newton-John T, Mason C, Hunter M. The Role of Resilience in Adjustment and Coping With Chronic Pain. *Rehabil Psychol*, 2014; Vol. 59, No. 3, 360–365.
<https://doi.org/10.1037/a0037023>.

10. Elias, ACA. Manual para Aplicação - RIME - Psicoterapia Breve por Imagens Alquímicas. Orientador: Joel Sales Giglio. Ilustrações: Samyr Souen. Campinas, SP: Unicamp BFCM. [Internet]. 2018; [cited 2019 Sep 02]; Available from:

http://intervencaoime.com.br/downloads/E-Book_Manual_para_Aplicacao-RIME.pdf

11. Brucki, S. M. D. Nitrini, R. Caramelli, P. Bertolucci, P.H.F. Okamoto I.H. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arq Neuropsiquiat*. 2003; v. 61, p. 777-781. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2003000500014&script=sci_abstract&tlng=pt

12. Schulz KF, Altman DG, Moher D; CONSORT Group. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Obstet Gynecol*. 2010; 115(5):1063-70. Available from: <http://www.consort-statement.org/consort-statement/flow-diagram>.

13. Hays, RD. Kallish, J.D. Mapes, D.L. Coons, S.J. Carter, W.B. Development of kidney disease quality of life (KDQoL) instrument. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, Oxford. 1994; v. 3, n. 5, p. 329-38. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7841967>

14. Wagnild, GM, Young, HM. Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of nursing measurement*, New York. 1993; v. 1, n.2, p.165-178. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7850498>

15. Tibshirani, R. Regression Shrinkage and Selection via the Lasso. *Journal of the Royal Statistical Society. Series B (Methodological)*, 1996, Vol. 58(1), p. 267-288.

16. Oliveira, APB, Schmidt DB, Amatneeks TM, Santos JC, Cavallet LHR, Michel RB. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. *J. Bras. Nefrol*. [Internet]. 2016. [Cited 2019 Sep 22];38(4):411-420. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20140012>.

17. Brasileiro TOZ, Prado AAO, Assis BB, Nogueira DA, Lima RS, Chaves ECL. Effects of prayer on the vital signs of patients with chronic kidney disease: randomized controlled trial. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2017; [Cited 2019 Aug 02]; 51:e03236. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016024603236>.

18. Stumm EMF, Benetti ERR, Pretto CR, Barbosa DA. Efeito de intervenção educacional na qualidade de vida de pacientes renais crônicos hiperfosfatêmicos em hemodiálise. *Texto Contexto Enferm*. 2019; 28:e20180267. doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0267.

19 Tomazou C, Charalambous G, Jelastopulu E. Quality of life in patients with chronic kidney disease: a cross-sectional study comparing patients on hemodialysis, peritoneal

dialysis and with kidney transplantation. *British Journal of Medicine & Medical Research*. 2015; 8(6): 516-525. DOI : [10.9734/BJMMR/2015/17304](https://doi.org/10.9734/BJMMR/2015/17304)

20. Cukor D, Halen NV, Asher DR, Coplan JD, Weedon J, Wyka KE, et al. Psychosocial Intervention Improves Depression, Quality of Life, and Fluid Adherence in Hemodialysis. 2014; 25(1): 196–206. Doi: [10.1681/ASN.2012111134](https://doi.org/10.1681/ASN.2012111134)

21. Manzini CSS, Damasceno VAM, Elias ACA, Orlandi FS. A intervenção psicoterapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade: uma revisão sistemática. *São Paulo Medical Journal. Forthcoming*, 2020.

22. Quinceno JM, Vinaccia S: La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Divers: Perspect Psicol*. 2009; 5:321–336. DOI: <https://doi.org/10.15332/22563067>

23. Elias, A.C.A; Ricci M.D.; Rodrigues, L.H.D.; Pinto, S.D.; Giglio, J.S. & Baract, E.C. The Biopsychosocial Spiritual Model applied to the treatment of Women with Breast Cancer, through RIME Intervention (Relaxation, Mental Images, Spirituality). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2015; 21(1):1-6. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25682524>.

24. Lira CLOB, Avelar TC, Bueno JMMH. Coping and quality of life of the patients in hemodialysis. *Estud. Interdiscip. Psicol.*, 2015; 6(1):82-99. DOI: 10.5433/2236-6407

25. Lopes J M, Fukushima RLM, Inouye K, Pavarini SCI, Orlandi FS. Quality of life related to the health of chronic renal failure patients on dialysis. *Acta Paulista de Enferm*, 2014; 27 (3), 230-236. Doi: 10.1590/1982-0194201400039.

26. Noghani N, Akaberi A, Pournamdarian S, Borujerdi E, Hejazi SS. Resilience and therapeutic regimen compliance in patients undergoing hemodialysis in hospitals of Hamedan, Iran. *Electronic Physician*. 2018; 10(5):6853-6858, DOI: <http://dx.doi.org/10.19082/6853>

27. Santos RI, Costa RS. Assessment of Resilience in Patients With Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. *Revista Ciências em Saúde* v6, n 1, 2016. DOI: 10.21876/rcsfmit.v6i1.461.

28. Böell JEW, Silva DMGV, Hegadoren KM. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2786. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1205.2786>.

29. Manzini CSS, VALE FAC. Resilience of family caregivers of elderly with Alzheimer. *Rev. Eletr. Enf.* 2016;18:e1190. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.37035>.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

Esta tese de doutorado teve como objetivo principal verificar o efeito da intervenção psicoterapêutica breve RIME sobre a QVRS e Resiliência de pacientes em hemodiálise, e foi

composta por três artigos. O primeiro tratou-se de uma revisão sistemática da literatura, que permitiu verificar o uso e benefícios da intervenção RIME nos diversos contextos de saúde e doença. Com a análise de nove artigos, foi possível constatar que a intervenção promoveu ressignificação da dor simbólica da morte de pacientes fora de possibilidade de cura; proporcionou QV no processo de morrer; contribuiu para a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama com possibilidades de cura; favoreceu o bem-estar emocional dos pacientes ostomizados; trouxe benefícios na QV de pacientes com câncer de cabeça e pescoço; promoveu ressignificação da dor espiritual de jovens enlutados, oferecendo retorno satisfatório quanto à elaboração do luto.

O segundo Artigo, foi um estudo clínico randomizado, que objetivou verificar o efeito da intervenção RIME na QVRS, resiliência, bem-estar e desesperança de pacientes em HD. A amostra foi composta por 46 participantes, distribuídos em grupo intervenção (GI=22) e grupo controle (GC=24). Os principais resultados mostraram que alguns domínios da escala KDQOL-SFTM tiveram significância estatística, confirmando melhora na QVRS pós-intervenção, sendo eles: *Sobrecarga da doença renal* ($p=0,012$), *Saúde global* ($p=0,012$) e *Bem-estar emocional* ($p=0,041$). Também verificou-se aumento nos níveis de resiliência no GI, na avaliação final ($p=0,018$); melhora na percepção do bem-estar e da desesperança, com significância estatística no final, intergrupos ($p=0,001$), indicando menor nível de desesperança nos participantes do GI.

O terceiro Artigo tratou-se de estudo quase-experimental, que teve por objetivo avaliar a QVRS e resiliência de pacientes hemodialíticos de uma cidade situada na região norte de Portugal, antes e após a intervenção RIME, e identificar os fatores que interferem nos níveis de resiliência destes pacientes. A amostra foi composta por 17 participantes, atendidos em duas unidades de diálise. Os resultados indicaram que a percepção da QVRS foi melhor em quase todos os domínios da escala KDQOL-SFTM, com diferença estatisticamente significativa nas dimensões: *função física* ($p=0,006$) e *função emocional* ($p=0,021$) no período pós-intervenção. Na avaliação da resiliência, verificou-se aumento com significância estatística no final ($p=0,002$); análises de regressão linear revelaram que religião, outras patologias e histórico de transplante são fatores que estão relacionados ao aumento dos níveis de resiliência; e medicamentos antidepressivos e anti-hipertensivos são fatores que podem interferir na diminuição da resiliência.

Os achados do presente estudo foram os esperados, respondendo aos objetivos propostos, não havendo nenhum achado contrário. Algumas limitações foram detectadas no percorrer do estudo, talvez as mais importantes quando se trata do terceiro Artigo, ao que

podem ser listadas desde o tamanho reduzido da amostra até a ausência de um grupo controle, reflexo do tempo limitado disponível para o doutorado sanduíche. Esses fatores dificultaram replicar o estudo que foi realizado no Brasil, porém não diminuiu o propósito inicial.

Outra limitação verificada foi a escassez da temática resiliência na área da enfermagem, principalmente na população-alvo desta pesquisa. Muitos trabalhos sobre a resiliência advém da Psicologia, sendo abordados principalmente em pesquisas qualitativas, dessa forma trazendo resultados mais assiduamente sob uma ótica subjetiva. À vista disso, houve certa dificuldade de encontrar estudos quantitativos para a comparação e discussão dos dados do presente estudo.

Deve-se ressaltar que não houve dificuldades quanto a aplicação da RIME em relação ao seguimento da intervenção, nem tampouco em relação à dinâmica dos locais em que foram aplicadas. Ao contrário, percebeu-se um acolhimento caloroso por parte de todos os pacientes, familiares e funcionários envolvidos.

Os resultados desta tese trazem implicações para a prática clínica, para a gestão em Enfermagem e para a pesquisa em saúde:

Em relação à prática clínica, as evidências que foram encontradas ao se aplicar a intervenção RIME nos pacientes em HD, nos asseguram que essa modalidade de terapia deve ser estimulada, com o propósito de se garantir um atendimento holístico e humanizado, que vai além do cuidado físico, desvinculado do psicoemocional e espiritual dos pacientes. Quando questionados, ao término de cada sessão, como se sentiam após a vivência terapêutica da RIME, os pacientes unanimemente relatavam sentimentos de profunda paz interior, confiança, sensação de leveza, de bem-estar físico e espiritual; e para além das expressões verbais, demonstravam-se muitas vezes fortemente comovidos.

Como implicações para a gestão, tem-se a demanda do tempo e dos recursos, como espaço físico apropriado e equipe treinada para aplicabilidade da RIME. Porém deve-se levar em consideração que trata-se de uma intervenção de baixo-custo, considerando-se os benefícios, pois o programa de intervenção poderá contribuir para o aumento do bem-estar, resiliência e QVRS dos pacientes em diálise, benefícios estes que poderão refletir positivamente em outros aspectos da saúde, como um todo. Além desses benefícios, podemos destacar a possibilidade de haver menos hospitalização e menor consumo de medicamentos psicotrópicos, tendo em vista o alívio do sofrimento e melhora do bem-estar promovidos pela RIME.

As implicações para a pesquisa caminham no sentido de contribuir com este estudo para consulta das pesquisas acadêmicas, bem como alavancar novas pistas de investigação, e

promover o debate científico, fortalecendo a literatura no que condiz com as temáticas aqui abordadas.

Diante dos resultados, seria importante haver maior integração entre as práticas integrativas e complementares em saúde e a medicina convencional, em benefício de todos os pacientes, não só na rede pública mas tbm nos serviços privados, onde essas práticas são pouco difundidas.

Por fim, faz-se necessário registrar que os benefícios da aplicação da intervenção RIME para a enfermeira pesquisadora do presente estudo, foram incalculáveis. A possibilidade de ultrapassar as barreiras e expandir o ato de cuidar para uma dimensão que vá além da esfera física, trouxe-lhe imensurável satisfação profissional e crescimento pessoal. Houve aprendizados de vários aspectos, e talvez um dos mais importantes, seja de que nós profissionais, possamos sempre utilizar de abordagens assertivas para colhermos dos nossos pacientes suas demandas espirituais, uma vez que estes nem sempre se sentem seguros para demonstrá-las. E para tal, devemos questionar a nós mesmos sobre nossos ideais, nossas aspirações, limites, e se preciso for, romper barreiras ou até mesmo preconceitos adquiridos ao longo do tempo, onde estes reforçam a crença de que espiritualidade e ciência não possam caminhar juntas para um bem maior.

A compreensão dos efeitos que a RIME despertou de imediato nos pacientes, causou de certa forma, uma percepção recíproca na pesquisadora, em que as sensações de paz, bem-estar físico, emocional e espiritual, acompanhados de leveza, estavam presentes em todas as sessões, como a análise descritiva também comprovou.

REFERÊNCIAS DA TESE

ACHTERBERG, J. **A imaginação na cura**: xamanismo e medicina moderna. São Paulo, Summus Editorial, 1996.

ALCALDE, P. R. ; KIRSZTAJN, G. M. Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica. **Braz. J. Nephrol.** São Paulo, v. 40, n. 2, p. 122-129, 2018.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Manual do ACSM para avaliação da aptidão física relacionada à saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

ANAUTH, M. **A resiliência**: ultrapassar os traumatismos. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS NUTRICIONISTAS. **Manual de nutrição e doença renal**. Portugal: APN, 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SELF-HEALING [ABSH]. **Cálculo do escore do questionário SF36**. São Paulo: ABSH, 2014.

ASTIN, J. A. et al. Mind-body medicine: state of the science, implications for practice. **J Am Board Fam Pract**. Massachusetts, v. 16, n. 2, p. 131-47, mar./abr. 2003.

BARBOSA L. M. M.; ANDRADE JÚNIOR, M. P.; BASTOS, K. A. Preditores de qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Braz. J. Nephrol**. São Paulo, v. 29, n. 4, p. 222-9, 2007.

BARLACK, L. **O que é resiliência humana?** Uma contribuição para a construção do conceito. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, SP, 2005.

BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.7, p. 2097-2108, 2017.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G.M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Braz. J. Nephrol**. São Paulo, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.

BEZERRA, M. L. R. et al. Diagnósticos de enfermagem conforme a teoria do autocuidado de orem para pacientes em tratamento hemodialítico. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 60-81, 2012.

BHASIN, M. K. et al. Relaxation response induces temporal transcriptome changes in energy metabolism, insulin secretion and inflammatory pathways. **PLoS ONE**, San Francisco, Califórnia, v. 8, n. 5, p. e62817, may, 2013.

BOELL, J. E. W.; SILVA, D. M. G. V.; HEGADOREN, K. M. Fatores sociodemográficos e condicionantes de saúde associados à resiliência de pessoas com doenças crônicas: um estudo transversal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2786, set. 2016.

BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 49, p. 263-271, maio/ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2015.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2011.

BRAVIN, A. M. et al. Benefits of spirituality and/or religiosity in patients with Chronic Kidney Disease: na integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 541-51, 2019.

CAMPBELL, A.; CONVERSE, P. E.; RODGERS, W. L. **The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions**. New York, NY, US: Russell Sage Foundation, 1976.

CARDOSO, L. B.; SADE, P. M. C. O enfermeiro frente ao processo de resiliência do paciente em tratamento hemodialítico. **Revista Eletrônica Faculdade Evangélica do Paraná**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 2-10, jan/mar, 2012.

CARVALHO, F. F. B.; NOGUEIRA, J. A. D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da promoção da saúde na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1829-38, 2016.

CASTRO, L. K. GROSS C.Q. Percepção sobre a doença renal crônica de pacientes em hemodiálise: revisão sistemática. **Salud & Sociedad**, Chile, v. 4910, p. 70-89, 2013.

CAVACO, V. S. J. et al. Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? Revisão sistemática. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, PT, v. 12, p. 93-103, 2010.

CHARURI, C. **Como vai a sua mente?** 3. ed. São Paulo: PC Editorial; 2001.

CHEEMA, B. et al. Progressive Exercise for Anabolism in Kidney Disease (PEAK): A Randomized, Controlled Trial of Resistance Training during Hemodialysis. **Journal of the American Society of Nephrology**, Baltimore, v. 18, n. 5, p. 1594-601, 2007.

CHIESA, A. M. **Autonomia e resiliência**: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde. 2005. Tese (Livre Docência em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

COIMBRA, R. M.;MORAIS, N. A. **A resiliência em questão**: perspectivas teóricas, pesquisa e intervenção. Porto Alegre: Artmed, 2015. 232 p.

COITINHO, D. et al. Intercorrências em hemodiálise e avaliação da saúde de pacientes renais crônicos. **Revista de Enfermagem**, Santa Maria, SC, v. 33, n. 3, p. 362-71, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 197, 19 de março 1997**. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem. Brasília: COFEN, 1997.

CORDEIRO, J. A. B. L. et al. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, GO, n. 11, v. 4, 2009.

COSTA, F. G. et al. Rastreamento da depressão no contexto da insuficiência renal crônica. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 445-455, dez. 2014.

CRUZ J, P. et al. Religiosity and healthrelated quality of life: a cross-sectional study on filipino christian hemodialysis patients. **Journal of Religion and Health**, Mazandaran, n. 55, v. 3, p. 895-908, 2016b,

CRUZ, J. P. et al. Influence of religiosity and spiritual coping on health-related quality of life in Saudi haemodialysis patients. **Hemodialysis International**, Canadá, n. 21, v. 1, p. 125-132, 2016a

CUNHA, M. S. et al. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico. **Fisioter Pesqui**. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 155-60, 2009.

DUARTE, P. S. et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.49, p. 375-81, 2003.

DUSEK, J. A. et al. Association between oxygen consumption and nitric oxide production during the relaxation response. **Med Sci Monit.**, Estados Unidos, v. 12, n. 1, p. CR1-10, Jan. 2006.

DUSEK, J. A. et al. Genomic counter-stress changes induced by the relaxation response. **PLoS ONE**, v. 3, n. 7, p. e2576, Jul. 2008.

DUSEK, J. A.; BENSON, H. Mind-body medicine: a model of the comparative clinical impact of the acute stress and relaxation responses. **Minn Med.**, Minesota, v. 92, n. 5, p. 47-50, May, 2009.

EDINGER, E. F. **Anatomia da psique: o simbolismo alquímico na psicoterapia**. São Paulo: Editora Cultrix, 2006.

ELIAS AC, GIGLIO JS, PIMENTA CA. Analysis of the nature of Spiritual Pain in terminal patients and the resignification process through the relaxation, mental images and spirituality (RIME) intervention. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 6, n. 6, p. 959-65, 2008.

ELIAS ACA et al. The biopsychosocial spiritual model applied to the treatment of women with breast cancer, through RIME intervention (relaxation, mental images, spirituality). **Complement Ther Clin Pract.**, Amsterdã, v. 21, n. 1, p. 1-6, 2015.

ELIAS ACA, et al. Development of a Brief Psychotherapy modality entitled RIME in a hospital setting using alchemical images. **Estud Psicol**, Campinas, v. 34, n. 4, p. 534-47, 2017.

ELIAS, A. C. A. et al. Development of a Brief Psychotherapy modality entitled RIME in a hospital setting using alchemical images. **Estud Psicol**, Campinas; v. 34, n. 4, p. 534-47, 2017.

ELIAS, A. C. A. et al. Therapeutical intervention, relaxation, mental images and spirituality (RIME) for spiritual pain in terminal patients: A training program. **The Scientific World Journal**, New York, v. 6, p. 2158-69, 2006.

ELIAS, A. C. A. Re-significação da dor simbólica da morte: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 92-97, 2003.

ELIAS, A. C. A.; GIGLIO, J.S. Relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade na re-significação da dor simbólica da morte de pacientes terminais. **Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia**, Bahia, n.16, p. 14-22, 2001b.

ELIAS, A. C. A.; GIGLIO, J.S. A questão da espiritualidade na realidade hospitalar: o psicólogo e a dimensão espiritual do paciente. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 8, n.3, p. 23-32, 2001a.

ELIAS, A. C. A.; GIGLIO, J.S. Sonhos e vivências de natureza espiritual relacionados à fase terminal. **Mudanças**, São Bernardo do Campo, v. 10, n. 1, p. 72- 92, 2002b.

ELIAS, ACA. et al. Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica "Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade" (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais [Training program about the therapeutical intervention "relaxation, mental images and spirituality" (RIME) to resignify the spiritual pain of terminal patients]. **Rev Psiq Clín**. São Paulo, v. 34. n. suppl 1, p. 60-72, 2007.

ELIAS, ACA. **Manual para Aplicação - RIME -psicoterapia breve por imagens alquímicas**. Orientador: Joel Sales Giglio. Ilustrações: Samyr Souen. Campinas, SP: Unicamp BFCM. 2018.

ELIAS, ACA. Relaxamento, imagens mentais e espiritualidade para o alívio da dor simbólica da morte. In: PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. Manole, Barueri, 2006. p. 333-346.

ELIAS, ACA; GIGLIO, J.S. Intervenção psicoterapêutica na área de cuidados paliativos para re-significar a dor simbólica da morte de pacientes terminais através de relaxamento mental, imagens e espiritualidade. **Rev Psiq Clín**, São Paulo, v. 29, n.3, p. 116-129, 2002a.

ESPINHA, D. C. **A intervenção terapêutica RIME (relaxamento, imagens mentais, espiritualidade) em pacientes submetidos ao tratamento radioterápico para câncer de cabeça e pescoço: ensaio clínico randomizado**. 64 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde e Envelhecimento)-Faculdade de Medicina de Marília, Marília, 2015.

FANNING, P. **Visualizar para mudar**. São Paulo: Siciliano, 1993.

- FÄRBER, F.; ROSENDAHL, J. **The association between resilience and mental health in the somatically ill—a systematic review and meta-analysis.** *Dtsch Arztebl Int* 2018; Bethesda (USA); 115: 621–7. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0621.
- FERREIRA, C. L. et al. Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 2, p. 328-34, 2012.
- FLECK, M.P.A. et al. **A avaliação de qualidade de vida:** guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.
- FOLEY, R. N. et al. Early mortality in patients starting dialysis appears to go unregistered. **Kidney Int.** New York, v. 86, n. 2, p. 392-8. 2014.
- FRENCH, C. C. Near-death experiences in cardiac arrest survivors. **Prog Brain Res.** New York, v. 150, p. 351-67, 2005.
- FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas.** Rio de Janeiro, Imago Editora, 1975. v. XXIII.
- GALVANESE, A. T. C. et al. Contribuições e desafios das práticas corporais e meditativas à promoção da saúde na rede pública de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, p. e00122016, 2017.
- GOUVEIA, D. S. S. et al. Análise do impacto econômico entre as modalidades de terapia renal substitutiva. **J Bras Nefrol.** São Paulo, v. 39, n. 2, p. 162-171, 2017.
- GREYSON, B. Dissociation in people who have near-death experiences: out of their bodies or out of their minds? **The Lancet**, London, v. 355, n. 9202, p. 460-463, 2000.
- GREYSON, B. Experiências de quase-morte: implicações clínicas. **Rev Psiquiatr Clín.** São Paulo, v. 34, n. Supl 1, p. 116-25, 2007.
- GREYSON, B.; STEVENSON, I. The phenomenology of near-death experiences. **Am J Psychiatry**, EUA, v. 137, p. 1193-1196, 1980.
- HACKMANN, A. Imagery rescripting in posttraumatic stress disorder. **Cognitive and Behavioral Practice**, New York, v. 18, n. 4, p. 424-432, 2011.
- HASSED, C. Mind-body therapies: use in chronic pain management. **Aust Fam Physician**, Austrália, v. 42, n. 3, p. 112-117, mar. 2013.
- HAYS, R. D. et al. Development of the kidney disease quality of life (KDQOL) instrument. **Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation**, Oxford, v. 3, n. 5, p. 329-38, 1994.
- HERMANN, C. P. Spiritual needs of dying patients: a qualitative study. **Oncol Nurs Forum**, New York, v. 28, n. 1, p.167-72, 2001.
- JUNG, C. G. Chegando ao inconsciente. *In*: JUNG C.G. **O homem e seus símbolos.** 12. ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1993; p. 18-103.
- JUNG, C. G. **Obras completas.** Petrópolis: Editora Vozes; 1986a. v. XI.
- JUNG, C.G. **Obras Completas.** Petrópolis: Editora Vozes, 1986b. vol. XII.

- JUNG, C.G. - **Obras Completas**. Petrópolis: Editora Vozes, 1986c. vol. V.
- JUNG, C.G. **Obras completas**. Petrópolis. Editora Vozes; 1996, v. VIII.
- KEEFE, F. J. et al. Psychosocial interventions for managing pain in older adults: outcomes and clinical implications. **Br J Anaesth.**, London, v. 111, n. 1, p. 89-94, Jul. 2013.
- KIDNEY DISEASE: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney Int Suppl**, USA; V.3.p. 1-150, 2013.
- KIMMEL, P. L.; PATEL, S. S. Quality of life in patients with chronic kidney disease: Focus on end-stage renal disease treated with hemodialysis. **Semin Nephrol**, New York, v. 26, n. 1, p. 68-79, 2006.
- KIMURA, M.; SILVA, J.V. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. **Revista Escola de Enfermagem**, USP, São Paulo, v. 43, n. Esp, p. 1098-1104, 2009.
- KIRSZTAJN, G. M. et al. Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 36, n.1, p.63-73, 2014.
- KNAPP P. ; BECK. A. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 30, Supl II, p. S54-64, 2008.
- KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D.B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001.
- KÜBLER-ROSS, E. **A roda da vida**. Rio de Janeiro, Sextante Editora, 1998.
- KÜBLER-ROSS, E. **O túnel e a luz**. Campinas, Verus Editora, 2003.
- LAGO-RIZZARDI, C. D.; TEIXEIRA, M. J.; SIQUEIRA, S. R. D. T. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 483-487, 2010.
- LAI, CHUN-FU. Impact of Near-Death Experiences on Dialysis Patients: A Multicenter Collaborative Study. **American Journal of Kidney Diseases**. Pensilvania; v. 50, n. 1, p. 124-132, jul. 2007.
- LEVER, J. P. VALDEZ, N. G. Desarrollo de una escala de medición de la resiliência con mexicanos (RESI-M). **Interdisciplinaria**, El Salvador, v. 27, n. 1, p. 7-22, 2010.
- LIBÓRIO; R. M. C. **Construindo resiliência através da participação em práticas culturais: a articulação entre os indivíduos e processos inter-relacionais e comunitários na facilitação do protagonismo** (Relatório de pesquisa não-publicado, apresentado á FAPESP), 2011.
- LINDBERG, D. A. Integrative review of research related to meditation, spirituality, and the elderly. **Geriatric Nursing**, New York. v. 26, n. 6, p.372-7, 2005.
- LOPES, J. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 230-6, 2014.
- LOPEZ-VARGAS, P. A. et al. Prevention, detection and management of early chronic kidney disease: A systematic review of clinical practice guidelines. **Nephrology**, Carlton, v. 18, n. 9, p. 592-604, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/nep.12119>. Acesso em 22 Jan. 2019.
- MALTA, D. C. et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: Analysis of the National Health Survey in Brazil. **Revista de Saude Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1S-10S, 2017.

- MARCHAND, W. R. Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. **J Psychiatr Pract.** Philadelphia, v. 18, n. 4, p. 233-52, Jul. 2012.
- MARINHO, AWGB. et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 2017; v. 25, n. 3, p. 379-388.
- MARINHO, C. L. A. et al. Associação entre características sociodemográficas e qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Rev Cuid.**, Colombia, v. 1, n. 9, p. 2017-29, 2018.
- MARINHO, C. L. A. et al. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 18, n.3, p. 396-403, 2017.
- MARTORELLI, A.; MUSTACA, A. Psicologia positiva, salud y enfermos renales crónicos. **Rev. Nefrol. Dial. Y Transpl.** Espanha, v.24, n.3, p.99-104, 2004.
- MATSUSHITA K. et al. Cohort profile: the chronic kidney disease prognosis consortium. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 42, n. 6, p. 1660-8, dec. 2013.
- MATTOON, M. A. **El analisis junguiano de los sueños.** Buenos Aires: Editorial Paidós, 1980.
- MELO, G. A. A. et al. Musical intervention on anxiety and vital parameters of chronic renal patients: a randomized clinical trial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. e2978, 2018.
- MENEZES, F. G.; ABREU, R. M.; ITRIA, A. Cost-effectiveness analysis of paricalcitol versus calcitriol for the treatment of SHPT in dialytic patients from the SUS perspective. **J Bras Nefrol.** São Paulo, 2016; v. 38, n. 3, p. 313-9.
- MENZIES, V.; GIL, L.; TAYLOR, A. The idea of imagination: an analysis of "imagery". **Adv Mind Body Med., Summer**, v. 20, n. 2, p. 4-10, 2004.
- MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MOODY JR, R. **A Luz do Além.** 3. ed. Rio de Janeiro, Editora Nórdica, 1989.
- MOODY JR, R. **Vida após a Morte.** (Vídeo). São Paulo, NCA Forever, 60', 1992.
- MORSE, M. ; PERRY, P. **Transformados pela Luz.** Rio de Janeiro, Editora Nova Era, 1997.
- MOULTON, S. T.; KOSSLYN, S. M. Imagining predictions: mental imagery as mental emulation. **Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.**, EUA, v. 364, n. 1521, p. 1273-80, May, 2009.
- NAKAMURA, Y. Investigating efficacy of two brief mind-body intervention programs for managing sleep disturbance in cancer survivors: a pilot randomized controlled trial. **J Cancer Surviv.**, New York, v. 7, n. 2, p. 165-182, Jun. 2013.
- NASCIMENTO, C. D.; MARQUES, I. R. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6. p. 719- 22, nov./dez. 2005.
- NASCIMENTO, L. C. A. et al. Efetividade do exercício físico na insuficiência renal crônica. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 25, n.10, p. 231-239, 2012.
- NATIONAL CENTER OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. **What is Complementary and Alternative Medicine?** Bethesda: NCAMM, 2008.

NEPOMUCENO, F. C. L. Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 119-128, jan-mar 2014.

NEWTON-JOHN, T. R.; MASON, C.; HUNTER, M. The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. **Rehabilitation Psychology**, Washington, v. 59, n.3, p. 360-5, 2014.

NORONHA, M.G.R.C.S. et al. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr. 2009.

OLIVEIRA, A. P. B. et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 411-420, 2016.

OLIVEIRA, F.C.; ALVES, M. D. S.; BEZERRA, A. P. Comorbidades e mortalidade de pacientes com doença renal: atendimento terceirizado de nefrologia. **Acta Paulista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 22, n. Especial-Nefrologia, p.476-80, 2009.

OLLER, G. A. S. A. O. Clinical trial for the control of water intake of patients undergoing hemodialysis treatment. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. e3091, 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Ginebra: OMS; 2002.

OTTAVIANI, A. C. et al. Esperança e espiritualidade entre pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise: estudo correlacional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 248-254, mar./abr. 2014.

PARNIA, S.; FENWICK, P. Near death experiences in cardiac arrest: visions of a dying brain or visions of a new science of consciousness. **Resuscitation**, EUA, v. 52, p. 5-11, 2002.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida no idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. 263 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.26, n. 2, p.241-50, abr./jun. 2012.

PINHEIRO, CH.J. et al. Modificação do padrão respiratório melhora o controle cardiovascular na hipertensão essencial. **Arq Bras Cardiol**. Rio de Janeiro, v. 88, n. 6, p. 651-9, Jun. 2007.

PINHEIRO, D. A resiliência em discussão. **Psicologia em estudo**, Maringá, PR., v.1, n. 9, p. 67 – 75, 2004.

PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. **Arq Med**. Cidade, v. 21, n. 2, p. 47-53, mar. 2007.

RADAELLI, A. et al. Effects of slow, controlled breathing on baroreceptor control of heart rate and blood pressure in healthy men. **J Hypertens**, Los Angeles, v. 22, n. 7, p. 1361-70, Jul. 2004.

RIBEIRO, R. C. H. M. et al. Caracterização sociodemográfica de idosos com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 9, n. 3, p. 7503-9, 2015.

RIBEIRO, R. C. H. M. et al. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. Especial-Nefrologia, p. 207-211, 2008.

RONCO, P. ROVIN B. SCHLÖNDORFF D. (Ed.) KDIGO 2018 Clinical practice guideline for the prevention, diagnosis, evaluation, and treatment of hepatitis c in chronic kidney disease. **Kidney International Supplements**, USA; v. 8, n. 3, p. 91-165, 2018.

RUDNICKI, T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo – RS, v. 7, n. 1, p. 105-116, 2014.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. **British Journal of Psychiatry**, Cambridge, n. 147, p. 598-611, 1985.

RUTTER, M. Resilience: some conceptual considerations. **Journal of Adolescent Health**, New York, n. 14, p. 626-631, 1993.

SALLES, P. E. M.; FEDERIGHI, W. Qualidade de vida no trabalho: a visão dos trabalhadores. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 263-278, 2006.

SAMANO et al. Rezar se correlaciona com uma melhor qualidade de vida: resultados de um estudo sobre o uso de medicina alternativa/complementar por um grupo de pacientes oncológicos brasileiros. **Med. J.**, São Paulo, v. 122, n. 2, 2004.

SANT'ANNA, P. A. Uma contribuição para a discussão sobre as imagens psíquicas no contexto da psicologia analítica. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 15-44, 2005.

SANTOS, C. C. E. et al. Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Cogitare enfermagem**, Paraná, v. 18, n. 2, p. 372-8, 2013.

SANTOS, M. S., WOLFART, A., JORNADA, L. Prevalência de transtornos depressivos em pacientes com insuficiência renal crônica participantes de programa de hemodiálise em uma clínica do Sul de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 40, n. 2, p. 84–88, 2011.

SANTOS, P. R., PONTES, L. R. S. K. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, n. 53v. 4, p. 329-334, 2007.

SANTOS, R. I.; COSTA, O. R. S. Avaliação da resiliência em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise. **Revista Ciências em Saúde**, Itajubá, v. 6, n 1, p. 1-8, 2016.

SANTOS, R. S. S.; SARDINHA, A. H. L. Qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. **Enferm. Foco**, Salvador-Bahia, v. 2, n. 9, p. 61-66, 2018.

SARMENTO, L. R. et al. Prevalência das causas primárias de doença renal crônica terminal (DRCT) validadas clinicamente em uma capital do Nordeste brasileiro. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 130-135, 2018.

SAUNDERS, C. Foreword. *In*: DOYLE, D. et al. (ED.). **Oxford textbook of palliative medicine**. Oxford: Oxford University Press. 2005.

SAUNDERS, C. **Hospice and palliative care**: an interdisciplinary approach. Londres: Edward Arnold, 1991.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, Jun. 2011.

SESSO, R. C. et al. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2016. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 39, n.3, p. 261-266, 2017.

- SESSO, R.C.C. et al. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2014. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 54-61, 2016.
- SEYBOLD, K. S. Physiological mechanisms involved in religiosity/spirituality and health. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v. 30, p. 3003-9, 2007.
- SILVA, G. E. Qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Dourados – MS. **Psicólogo informação**, São Paulo, ano 15, n. 15, p. 99-110, jan./dez. 2011.
- SILVA, M. R. S; ELSEN, I.; LACHARITÉ, C. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. **Revista Paidéia**, Ribeirão Preto, v.13, n.26, p.147-156, jul/dez. 2003.
- SILVA, R. A. R. et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 147-154, jan.-mar. 2016.
- SIMONTON, O.C. et al. **Com a vida de novo. uma abordagem de auto – ajuda para pacientes com câncer**. 6. ed. São Paulo, Summus Editorial, 1987.
- SLOMKA, L. Associação entre o nível de resiliência e o estado clínico de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, SC, v. 34, p. 23-37, 2011.
- SMITH-STONER, M. End-of-life preferences for atheists. **J Palliat Med.**, New York, v. 10, n. 4, p. 923-8, Aug. 2007.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo de Diálise**. Rio de Janeiro: SBN, 2015.
- SÓRIA, D. A. C. et al. resiliência como objeto de investigação na enfermagem e em outras áreas: uma revisão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, n. 10, v. 3, p. 547-551, 2006.
- SOUTHWICK, S. M.. et al. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives, **European Journal of Psychotraumatology**, Amsterdam, v.1, n. 5, p. 253-38, 2014.
- SOUZA, E. F.; DE MARTINO M. M. F., LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 629-35, 2007.
- TAMURA, M.K.; COHEN, L. M. Should there be an expanded role for palliative care in end-stage renal disease? **Current opinion in nephrology and hypertension**, London, v. 19, n. 6, p. 556-560, 2010.
- TASSELL-MATAMUA N. Near-death experiences and the psychology of death. **Omega**, Westport, v. 68, n. 3, p. 259-77, 2013-2014.
- TAVARES, N. U. L, et al. **Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. Epidemiol serv saúde. 2015.
- TENG, C. T., HUMES, E. C.; DEMÉTRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 3,p. 149-159, 2005.
- TERRA, F. S. et al. O portador de insuficiência renal crônica e sua dependência ao tratamento hemodialítico: compreensão fenomenológica. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 306-10, jul/ago. 2010.
- THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, USA, v. 41, p. 1403-9, 1995.

THOMÉ F. S. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 208-214, 2019.

TOLEDO, B. A. S. **Alargando as margens: um estudo sobre processos de resiliência em adolescente em conflito com a lei**. 2010. 142 f. Dissertação (Mestre em Política Social)-Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, 2010.

UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM (USRDS): annual data report. **Chronic kidney disease (CKD) in the United States**. EUA: USRD, 2014.

VALLE, L. D. S., SOUZA, V. F. D., RIBEIRO, A. M. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Estudos em psicologia**, Campinas, 2013, n. 30, v. 1, p. 131-38.

VAN LOMMEL, P. About the continuity of our consciousness. In: MACHADO, C.; SHEWMON, D. A. **Brain death and disorders of consciousness**. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic/ Plenum Publishers; 2004. p. 115-32.

VAN LOMMEL, P. et al. Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. **The Lancet**, London, v. 358, n. 9298, p. 2039–45, 2001.

VASILOPOULOU, C. et al. The impact of anxiety and depression on the quality of life of hemodialysis. **Glob J Health Sci.**, Canada, v. 8, n. 1, p. 45–55. Jan., 2016.

VINACCIA, S. J.; QUICENO, J. M.; REMOR, E. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. **Anales Psicología**, Murcia, España, v. 28, n. 2, p. 366-77, 2012.

VON FRANZ, M. L. **Os sonhos e a morte: uma interpretação Junguiana**. 10. ed. São Paulo, Editora Cultrix; 1995.

WEISS, B. L. **A divina sabedoria dos mestres**. 2. ed. Rio de Janeiro, Sextante Editora, 1999.

WEISS, B. L. **Muitas vidas, muitos mestres**. 31. ed. Rio de Janeiro, Sextante Editora, 1998.

WHOQOL. **Measuring quality of life, program on mental health**. Geneva: World Health Organization, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programs: policies and management guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases country profiles**. Geneva: WHO, 2018.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. *In*: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 13-42.

YUNES, M.A.M.; SZYMANSKI, H. O estudo de uma família “que supera as adversidades da pobreza”: caso de resiliência familiar? **Revista Psicodebate, Psicologia, Cultura y Sociedad**, Palermo, n. 7, p. 119-40.

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO
SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA (ESTUDO 2)**

1) INFORMAÇÕES PESSOAIS:

NOME: _____

D.N.: ___/___/___ IDADE: _____ SEXO: () M () F

ESTADO CONJUGAL: () CASADO/UN. EST. () DIV/SEP () VIÚVO () SOLTEIRO

RELIGIÃO:

() CATÓLICA () EVANGÉLICA () ESPÍRITA () CONGREGAÇÃO CRISTÃ
NO BRASIL
() ATEU () OUTRA () NÃO POSSUI

2) ESTADO DE SAÚDE:

O SR. (A) POSSUI OUTRA DOENÇA DIAGNOSTICADA? SIM NÃO SE SIM, QUAL? _____

HÁ QUANTO TEMPO O SR. (A) FAZ HEMODIÁLISE? _____

O SR. (A) POSSUI CATÉTER OU FÍSTULA ?

O SR. (A) JÁ REALIZOU TRANSPLANTE RENAL? SIM NÃO

O SR. (A) ESTÁ NA FILA PARA TRANSPLANTE RENAL? SIM NÃO

FAZ USO DIÁRIO DE ALGUM MEDICAMENTO? SIM NÃO

QUAIS? _____ QUANTOS MEDICAMENTOS AO DIA? _____

COMO O SR.(A) CLASSIFICARIA SUA SAÚDE MENTAL ATUALMENTE:
 ÓTIMA BOA MÉDIA RUIM

COMO O SR.(A) CLASSIFICARIA SUA SAÚDE FÍSICA ATUALMENTE:
 ÓTIMA BOA MÉDIA RUIM

O SR (A) PRATICA ALGUMA ATIVIDADE DE LAZER? SIM NÃO

QUAL? _____

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA (ESTUDO 3)

1) INFORMAÇÕES PESSOAIS:

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO _____ IDADE: _____ SEXO: M F

ESTADO CONJUGAL: CASADO/UN. EST. DIV/SEP VIÚVO SOLTEIRO

RELIGIÃO:

CATÓLICA EVANGÉLICA ESPÍRITA CONGREGAÇÃO CRISTÃ NO BRASIL
 ATEU OUTRA NÃO POSSUI

2) ESTADO DE SAÚDE:

O SR. (A) POSSUI OUTRA DOENÇA DIAGNOSTICADA? () SIM () NÃO SE SIM, QUAIS? _____

HÁ QUANTO TEMPO O SR. (A) FAZ HEMODIÁLISE? _____

O SR. (A) POSSUI CATÉTER () OU FÍSTULA ()?

O SR. (A) JÁ REALIZOU TRANSPLANTE RENAL? () SIM () NÃO

O SR. (A) ESTÁ NA FILA PARA TRANSPLANTE RENAL? () SIM () NÃO

FAZ USO DIÁRIO DE ALGUM MEDICAMENTO? () SIM () NÃO

QUAIS? _____ QUANTOS
MEDICAMENTOS AO DIA? _____

O SR (A) PRATICA ALGUMA ATIVIDADE DE LAZER? () SIM () NÃO

QUAL? _____

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(ESTUDO 2)**

O Sr. (a) está sendo convidado a participar do estudo **“Efeitos da intervenção psicoterapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade em pacientes hemodialíticos: ensaio clínico randomizado.”**

O objetivo deste estudo é comparar a qualidade de vida e a resiliência de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico, antes e após a intervenção RIME. Este estudo será realizado com dois grupos de participantes, os que receberão a intervenção RIME e o grupo controle, que não receberá a intervenção, o Sr. (a) poderá fazer parte de qualquer um dos grupos.

Este trabalho poderá contribuir com seus conhecimentos sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, à resiliência (capacidade de enfrentamento e superação de adversidades), bem-estar e a desesperança de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise, assim

como verificar os efeitos da intervenção RIME na qualidade de vida relacionada à saúde e na resiliência desses pacientes.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder, em seu domicílio, alguns questionários, tais como questionário de caracterização sociodemográfico e clínico (com informações pessoais e referentes à sua saúde); escalas de qualidade de vida, resiliência, bem-estar e desesperança. O Sr. (a) será reavaliado (a) com as mesmas escalas, exceto questionário de caracterização aproximadamente 30 dias após a primeira aplicação das escalas.

O preenchimento dos questionários e escalas não oferece risco imediato ao Sr. (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas remetem a auto avaliação de sua expectativa de vida, de sua capacidade de enfrentar as dificuldades, sobre sua qualidade de vida relacionada à saúde e pode ser que algumas questões podem deixá-lo desconfortável. O (a) Sr. (a) poderá parar a entrevista a qualquer momento que desejar. Além disso, sempre que necessário será realizado encaminhamento ao psicólogo da unidade de hemodiálise, para oferecimento de suporte psicológico.

A qualquer momento o Sr. (a) poderá desistir de sua participação e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com o local onde realiza a hemodiálise. O Sr. (a) terá como benefício a oportunidade de ser avaliado(a) em relação a aspectos como qualidade de vida, resiliência, bem-estar subjetivo e esperança de vida.

As informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e o sigilo sobre sua participação será assegurado, assim como o Sr. (a) não será identificado. O Sr. (a) receberá uma cópia desse termo onde consta o telefone da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. O Sr. (a) e nenhum dos participantes pagarão nada para o desenvolvimento desta pesquisa. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é assinado em duas vias, sendo que uma via ficará com a pesquisadora e a outra com o participante.

Se o Sr. (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSCar – localizado na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br.

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (ESTUDO 3)

O Sr.(a) está sendo convidado a participar da pesquisa de doutorado intitulada: “O método de intervenção relaxamento, imagens mentais e espiritualidade (RIME) e seu efeito na qualidade de vida e resiliência em pacientes portugueses com doença renal crônica”. O objetivo deste estudo é comparar a qualidade de vida relacionada à saúde e a resiliência de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico, antes e após a intervenção RIME.

Este trabalho poderá contribuir na ampliação de conhecimentos sobre a qualidade de vida relacionada à saúde e a resiliência (capacidade de enfrentamento e superação das dificuldades) de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise, assim como verificar os efeitos da intervenção rime na qualidade de vida relacionada à saúde e na resiliência desses pacientes.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder alguns questionários e escalas: questionário de caracterização sociodemográfico e clínico (com informações pessoais e referentes à sua saúde); escala de qualidade de vida e resiliência. Após essas escalas, serão realizadas três sessões de rime, sendo uma sessão por semana. A intervenção RIME é realizada por meio de relaxamento mental motivado por músicas suaves e respiração lenta e profunda e orientação de visualização de imagens mentais para paisagens belas e para os elementos que compõem a espiritualidade. após a finalização dessas sessões, o(a) Sr(a) será reavaliado(a) com as escalas de qualidade de vida e resiliência.

O preenchimento das escalas, assim como a intervenção rime não oferecem risco imediato ao sr.(a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas remetem a auto avaliação de sua expectativa de vida, de sua capacidade de enfrentar as dificuldades, sobre sua qualidade de vida relacionada à saúde, e pode ser que algumas questões podem deixá-lo desconfortável.

A qualquer momento o sr.(a) poderá desistir de sua participação e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com o local onde realiza a hemodiálise. O Sr.(a) terá como benefício a oportunidade de ser avaliado(a) em relação a aspectos como qualidade de vida, resiliência, bem-estar subjetivo. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e o sigilo sobre sua participação será assegurado, assim como o Sr.(a) não será identificado. O Sr.(a) receberá uma cópia desse termo onde consta o telefone da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

O Sr.(a) e nenhum dos participantes pagarão nada para o desenvolvimento desta pesquisa. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é assinado em duas vias, sendo que uma via ficará com a pesquisadora e a outra com o participante.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), situado à endereço: Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072, Porto. Tel.: 225096337.

Pesquisador responsável: Enf^a. Carlene S. S. Manzini

Telefone: 925333146

E-mail: carlotamanzi@hotmail.com

Assinatura do participante da pesquisa

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSCAR

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O MÉTODO DE INTERVENÇÃO RIME EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE.

Pesquisador: Carlene Souza Silva Manzini

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 60564816.2.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.894.955

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo longitudinal, tipo ensaio clínico com grupo controle e com abordagem quantitativa. Serão convidados 40 pacientes portadores de doença renal crônica (DRC) que se encontram em tratamento por hemodiálise. Eles serão divididos em dois grupos: controle e intervenção. Neste segundo grupo, aos participantes serão aplicadas escalas de qualidade de vida, resiliência, espiritualidade, bem-estar subjetivo, depressão e algumas questões abertas sobre doença, enfrentamento e sua força de vida e questionário de caracterização sociodemográfica e clínico dos participantes, seguido da realização de 5 sessões da Intervenção Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) e após as sessões, serão reaplicadas as escalas novamente, com o objetivo de saber se houve melhoras nos referidos aspectos. No grupo controle, as escalas serão aplicadas duas vezes, com intervalo de 30 e 45 dias entre as aplicações e nenhuma intervenção será realizada. A pesquisadora afirma que todas as entrevistas serão realizadas nos domicílios dos voluntários. Estes serão recrutados no serviço de hemodiálise.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal é avaliar a qualidade de vida e a resiliência de pacientes com DRC em tratamento hemodialítico antes e após a intervenção RIME. A pesquisadora também aponta os seguintes objetivos secundários: avaliar a espiritualidade de pacientes com DRC em tratamento

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-0883

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.094.955

hemodialítico antes e após a intervenção pelo método RIME; avaliar a percepção do bem-estar subjetivo dos pacientes antes e após a intervenção pelo método RIME; avaliar a depressão dos pacientes com DRC em tratamento hemodialítico antes e após a intervenção RIME e avaliar a desesperança nos pacientes com DRC em tratamento hemodialítico antes e após a intervenção RIME.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora aponta que o estudo oferece um risco subjetivo, pois algumas perguntas remetem a autoavaliação de sua expectativa de vida, de sua capacidade de enfrentar as dificuldades, e pode ser que algumas questões podem deixá-lo desconfortável. Oferece a possibilidade de encaminhar o paciente à psicóloga, da unidade de diálise. Como benefício, assinala que os participantes terão como benefício a oportunidade de serem avaliados em relação a aspectos como qualidade de vida, resiliência, bem-estar, depressão, espiritualidade e esperança de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa possui relevância à área em questão. O cronograma aponta o início da coleta de dados para após a aprovação deste CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto foi anexada e agora com o nome correto. Foi reapresentado termo de ciência/concordância por parte do responsável do local onde será realizada a pesquisa. Foram reapresentados os TCLEs, estando de acordo com a Resolução CNS 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram resolvidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_771345.pdf	19/12/2016 23:01:43		Acelto
Outros	Carta19_12_16.pdf	19/12/2016 23:01:02	Carlene Souza Silva Manzini	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_CONTROLE.docx	19/12/2016 22:57:40	Carlene Souza Silva Manzini	Acelto

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 1.094.955

Ausência	TCLE_CONTROLÉ.docx	19/12/2016 22:57:40	Carlene Souza Silva Manzini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/12/2016 22:57:04	Carlene Souza Silva Manzini	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	26/11/2016 22:14:53	Carlene Souza Silva Manzini	Aceito
Outros	Carta_explicativa.pdf	26/11/2016 22:10:39	Carlene Souza Silva Manzini	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	26/11/2016 22:05:04	Carlene Souza Silva Manzini	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	26/11/2016 21:59:37	Carlene Souza Silva Manzini	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO CARLOS, 18 de Janeiro de 2017

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SÃO CARLOS
Telefone: (16)3351-9883 E-mail: cephumanos@ufscar.br

ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO (ESEP)

Anexo 4 à Ata nº 27/2019



Escola Superior de Enfermagem do Porto

Comissão de Ética

Parecer sobre o projeto: "O método de intervenção relaxamento, imagens mentais e espiritualidade (RIME) e seu efeito na qualidade de vida e resiliência em pacientes portugueses com doença renal crônica" da estudante de doutoramento Carlene Souza Silva Manzini.

Pedido de submissão à CE: 11/1/2019 (Fluxo 2019/179).

Documentos que compõem o processo de submissão:

- Pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética da ESEP;
- Questionário para submissão de projeto de investigação à CE da ESEP;
- Projeto de investigação;
- Instrumentos de colheita de dados que pretende utilizar: questionário sociodemográfico e clínico; escala de qualidade de vida Kidney Disease and Quality of Life Short-Form (KDQOL-SF); Escala de Resiliência: desenvolvida por Wagnild e Young (1993);
- Não apresenta o "Mini-exame do estado mental (MEEM)";
- Informação ao participante;
- Formulário de Consentimento Informado.

Natureza e contexto do Projeto

Trata-se de um projeto de investigação no âmbito do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal de São Carlos, Brasil.

A Investigadora pretende realizar uma pesquisa, durante o Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE/CAPE), no período de seis meses, compreendido entre novembro/2018 e abril/2019, na Escola Superior de Enfermagem do Porto – ESEP, sob orientação do professor Clemente Neves Sousa.

Este estudo irá ser realizado no Centro de Hemodiálise da Venerável Ordem Terceira de São Francisco (no Registo Nacional de Centros de Nefrologia da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, registado como Unidade de Hemodiálise do Hospital da Venerável Ordem de S. Francisco) e a investigadora assegura que acontecerá mediante autorização do coordenador do local de colheita dos dados.

Tipo de Estudo e Objetivos

Trata-se de estudo quase experimental, exploratório, de abordagem quantitativa, que tem como objetivo verificar o efeito do Método de Intervenção Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME), sobre a qualidade de vida e resiliência em pacientes em tratamento hemodialítico na cidade de Porto.

Anexo 4 à Ata nº 27/2019**Metodologia:**

Serão realizadas entrevistas individuais aos participantes. Primeiramente será aplicado o MEEM para rastreio de déficits cognitivos, após o que serão aplicados os demais instrumentos.

Serão realizadas três sessões da intervenção RIME, uma por semana, em semanas consecutivas. Após finalizadas as três sessões de RIME, as escalas de qualidade de vida e resiliência serão novamente aplicadas.

Parecer**Considerando:**

- Que a estudante se encontra a realizar o Programa de Doutoramento Sanduíche no Exterior, na ESEP;
- O interesse científico do estudo;
- A idoneidade da equipa de investigação e o contexto académico em que o estudo se insere;
- Que são asseguradas a participação voluntária, informada e confidencial dos participantes;
- As perguntas constituintes dos instrumentos não serem suscetíveis de dano;
- Os instrumentos de recolha de dados serem aferidos e validados para a população portuguesa;
- A necessidade de assegurar que todo o tratamento de dados respeita o Regulamento Geral de Proteção de Dados (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016),

a CE nada tem a opor à realização deste estudo. Lembra-se, no entanto, que este parecer não inibe a instituição de solicitar parecer à sua/outra Comissão de Ética.

Porto, 28 de janeiro de 2019

A Relatora



Ana Paula França

A Coordenadora da CE da ESEP



Ana Paula França

ANEXO C- CARTA DE AUTORIZAÇÃO

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Unidade de Tratamento Dialítico de Araraquara, informo que o projeto de pesquisa intitulado: **O Método de Intervenção RIME em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise**, apresentado pela pesquisadora Carlene Souza Silva Manzini, e que tem como objetivo principal avaliar a qualidade de vida e a resiliência de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico antes e após a intervenção RIME, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

***Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.**

Assinatura:



(representante legal)

Dr. José Luiz Sahrb
CRM 51853 - Medicina
CPF: 092.698.510-20

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos.
Rodovia Washington Lutz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil.
Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cepseres@ufscar.br

ANEXO D - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Avaliação dos resultados (médias de Brucki et al., 2003, menos um desvio padrão arredondado para baixo):

Analfabetos (se souber escrever o nome, mas não frequentou a escola)	17 pontos
1 a 4 anos de escolaridade	22 pontos ou mais
5 a 8 anos de escolaridade.....	24 pontos ou mais
9 anos ou mais.....	26 pontos ou mais
Pontuação máxima.....	30 pontos

- 1) **Que dia da semana é hoje?**
- 2) **Que dia do mês é hoje?**
- 3) **Em que mês nós estamos?**.....
- 4) **Em que ano nós estamos?**
- 5) **Sem olhar no relógio, diga a hora aproximada** (Considere a variação de mais ou menos uma hora).....
- 6) **Em que local específico nós estamos?** (Aponte para o chão. Ex: consultório, dormitório, sala, quarto).....
- 7) **Que local é este aqui?** (Aponte ao redor, perguntando onde o local específico se insere. Ex: Hospital,casa).....
- 8) **Qual é o endereço onde estamos?** (Considere correto o nome do bairro ou o nome de uma rua próxima).....
- 9) **Em que cidade nós estamos?**
- 10) **Em que estado nós estamos?**
- 11) **Eu vou dizer três palavras e QUERO QUE VOCÊ REPITA em seguida.**
 Vaso Carro Tijolo
- 12) **Quanto é 100 menos 7?**
 Faça as cinco subtrações, independente das respostas;
 a) **100 – 7**(93) d) **79 – 7**.....(72)
 b) **93 – 7**(86) e) **72 – 7**.....(65)
 c) **86 – 7** (79)
- 13) **Quais foram as palavras que eu pedi para o(a) Sr(a). repetir agora há pouco?**
 _____ _____ _____
- 14) **O que é isto?**
 Relógio
 Caneta.....

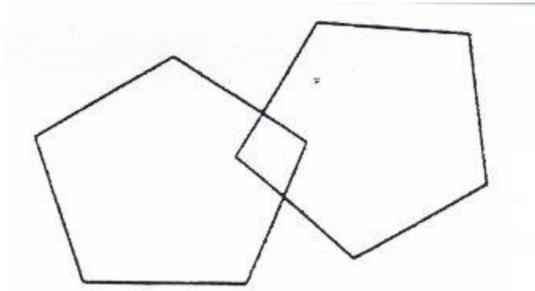
15) Eu vou dizer uma frase e DEPOIS QUE EU TERMINAR, quero que o Sr(a) repita:
"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ".

16) Eu darei 3 ordens e você só as realizará DEPOIS QUE EU TERMINAR DE FALAR:
Pegue o papel com sua mão direita
Dobre-o ao meio
Ponha-o no chão.....

17) Leia e faça o que está escrito

18) Escreva uma frase:

19) Copie este
desenho:



ANEXO E - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) ESTUDO 3

(Folstein, Folstein & McHugh, 1975, com adaptação de Guerreiro e colaboradores, 1994)

Nome: _____
 Data de nascimento/idade: _____ Sexo: F() M()
 Escolaridade: () 1 à 4 anos () 5 à 8 anos () 9 anos ou mais ()
 Telefone: _____ Avaliação em: ____ / ____ / ____

I. ORIENTAÇÃO

Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz." (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia da semana estamos? _____
6. Em que País estamos? _____
7. Em que Distrito vive? _____
8. Em que Terra vivemos? _____
9. Em que casa estamos? _____
10. Em que andar estamos? _____

Nota: _____

II. RETENÇÃO

"Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras." As palavras são:

GATO**BOLA****PERA**

"Repita as três palavras". (Dar 1 ponto por cada palavra correta)

PERA _____ GATO _____ BOLA _____ Nota: _____

II. ATENÇÃO E CÁLCULO

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar."

(Dar 1 ponto por cada resposta correta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro de subtração, mas continuando a subtrair corretamente partir do erro, conta-se como um único erro)

(30) (27) (24) (21) (18) (15)

Nota: _____

IV. EVOCAÇÃO

(Só se efetua no caso do sujeito ter aprendido as três palavras referidas na prova de retenção) "Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir." (Dar 1 ponto por cada resposta correta).

PERA _____

GATO _____

BOLA _____

Nota: _____

V. LINGUAGEM

Dar um ponto por cada resposta correta):

a) Mostrar o relógio de pulso.

Como se chama isto? Nota _____

b) Mostrar um lápis.

Como se chama isto? Nota: _____

c) Repetir a frase: "O rato rói a rolha"

Nota: _____

d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão".

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)

Pega no papel com a mão direita _____

Dobra o papel ao meio _____

Coloca o papel no chão _____

Nota _____

e) "Leia e cumpra o que diz neste cartão."

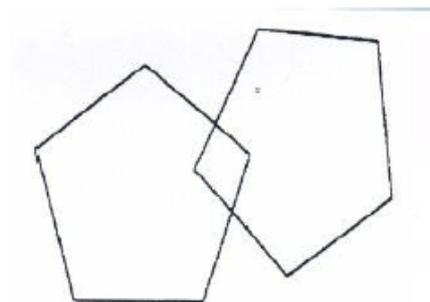
Mostrar o cartão com a frase: "FECHE OS OLHOS". (Dar 1 ponto por cada realização correta).

Nota: _____

f) "Escreva uma frase."

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou com erros de trocas de letras não contam como erros.)

g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar." Mostrar o desenho num cartão. (Os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados).



Nota _____

NOTA TOTAL _____

ANEXO F - ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA *KIDNEY DISEASE AND QUALITY OF LIFE SHORT-FORM* (KDQOL-SF™)

VERSÃO CONCILIADA POR PRISCILA SILVEIRA DUARTE E COLABORADORES.

DOENÇA RENAL E QUALIDADE DE VIDA (KDQOL-SF™)

Esta é uma pesquisa de opinião sobre sua saúde. Estas informações ajudarão você a avaliar como você se sente e a sua capacidade de realizar suas atividades normais.



OBRIGADO POR COMPLETAR ESTAS QUESTÕES!

ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA PARA PACIENTES EM DIÁLISE

Qual é o objetivo deste estudo?

Este estudo está sendo realizado por médicos e seus pacientes em diferentes países. O objetivo é avaliar a qualidade de vida em pacientes com doença renal.

O que queremos que você faça?

Para este estudo, nós queremos que você responda questões sobre sua saúde, sobre como se sente e sobre a sua história.

E o sigilo em relação às informações?

Você não precisa identificar-se neste estudo. Suas respostas serão vistas em conjunto com as respostas de outros pacientes. Qualquer informação que permita sua identificação será vista como um dado estritamente confidencial. Além disso, as informações obtidas serão utilizadas apenas para este estudo e não serão liberadas para qualquer outro propósito sem o seu consentimento.

De que forma minha participação neste estudo pode me beneficiar?

As informações que você fornecer vão nos dizer como você se sente em relação ao seu tratamento e permitirão uma maior compreensão sobre os efeitos do tratamento na saúde dos pacientes. Estas informações ajudarão a avaliar o tratamento fornecido.

Eu preciso participar?

Você não é obrigado a responder o questionário e pode recusar-se a fornecer a resposta a qualquer uma das perguntas. Sua decisão em participar (ou não) deste estudo não afetará o tratamento fornecido a você.

Sua Saúde

Esta pesquisa inclui uma ampla variedade de questões sobre sua saúde e sua vida. Nós estamos interessados em saber como você se sente sobre cada uma destas questões.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: [Marque um na caixa que descreve da melhor forma a sua resposta.]

Excelente	Muito Boa	Boa	Regular	Ruim
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Comparada há um ano atrás, como você avaliaria sua saúde em geral agora?

Muito melhor agora do que há um ano atrás	Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	Aproximadamente igual há um ano atrás	Um pouco pior agora do que há um ano atrás	Muito pior agora do que há um ano atrás
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Os itens seguintes são sobre atividades que você pode realizar durante um dia normal. Seu estado de saúde atual o dificulta a realizar estas atividades? Se sim, quanto? [Marque um em cada linha.]

	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta nada
a <u>Atividades que requerem muito esforço</u> , como corrida, levantar objetos pesados, participar de esportes que requerem muito esforço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Atividades moderadas</u> , tais como mover uma mesa, varrer o chão, jogar boliche, ou caminhar mais de uma hora.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c Levantar ou carregar compras de supermercado.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d Subir <u>vários</u> lances de escada	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e Subir <u>um</u> lance de escada.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f Inclinar-se, ajoelhar-se, ou curvar-se.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g Caminhar <u>mais do que um quilômetro</u> .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h Caminhar <u>vários quarteirões</u> .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i Caminhar <u>um quarteirão</u> .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j Tomar banho ou vestir-se.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas seguintes com seu trabalho ou outras atividades habituais, devido a sua saúde física?

	Sim	Não
a Você reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b <u>Fez menos coisas</u> do que gostaria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c Sentiu dificuldade no tipo de trabalho que realiza ou outras atividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d Teve <u>dificuldade</u> para trabalhar ou para realizar outras atividades (p.ex, precisou fazer mais esforço)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

5. Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou outras atividades de vida diária devido a alguns problemas emocionais (tais como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a Reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b <u>Fez menos coisas</u> do que gostaria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c Trabalhou ou realizou outras atividades com menos <u>atenção do que de costume</u> .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

6. Durante as 4 últimas semanas, até que ponto os problemas com sua saúde física ou emocional interferiram com atividades sociais normais com família, amigos, vizinhos, ou grupos?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Quanta dor no corpo você sentiu durante as 4 últimas semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Intensa	Muito Intensa
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante as 4 últimas semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho habitual (incluindo o trabalho fora de casa e o trabalho em casa)?

Nada	Um pouco	Moderado	Bastante	Extremamente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como as coisas tem acontecido com você durante as 4 últimas semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da forma como você tem se sentido.

Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo...

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento
a Você se sentiu cheio de vida?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b Você se sentiu uma pessoa muito nervosa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c Você se sentiu tão "para baixo" que nada conseguia animá-lo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d Você se sentiu calmo e tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e Você teve muita energia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f Você se sentiu desanimado e deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g Você se sentiu esgotado (muito cansado)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h Você se sentiu uma pessoa feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i Você se sentiu cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

10. Durante as 4 últimas semanas, por quanto tempo os problemas de sua saúde física ou emocional interferiram com suas atividades sociais (como visitar seus amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa.

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a Parece que eu fico doente com mais facilidade do que outras pessoas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Eu me sinto tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Acredito que minha saúde vai piorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Minha saúde está excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sua Doença Renal

12. Até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa para você?

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a Minha doença renal interfere demais com a minha vida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Muito do meu tempo é gasto com minha doença renal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Eu me sinto decepcionado ao lidar com minha doença renal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Eu me sinto um peso para minha família	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

13. Estas questões são sobre como você se sente e como tem sido sua vida nas 4 últimas semanas. Para cada questão, por favor, assinale a resposta que mais se aproxima de como você tem se sentido. Quanto tempo durante as 4 últimas semanas...

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a Você se isolou (se afastou) das pessoas ao seu redor?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b Você demorou para reagir às coisas que foram ditas ou aconteceram?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c Você se irritou com as pessoas próximas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d Você teve dificuldade para concentrar-se ou pensar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e Você se relacionou bem com as outras pessoas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f Você se sentiu confuso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14. Durante as 4 últimas semanas, quanto você se incomodou com cada um dos seguintes problemas?

	Não me incomodei de forma alguma	Fiquei um pouco incomodado	Incomodei-me de forma moderada	Muito incomodado	Extremamente incomodado
a Dores musculares?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Dor no peito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Cãibras?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Coceira na pele?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e Pele seca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f Falta de ar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g Fraqueza ou tontura?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

h Falta de apetite?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	Não me incomodei de forma alguma	Fiquei um pouco incomodado	Incomodei-me de forma moderada	Muito incomodado	Extremamente incomodado
i Esgotamento (muito cansaço)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j Dormência nas mãos ou pés?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
k Vontade de vomitar ou indisposição estomacal?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
l Problemas com sua via de acesso (fístula ou cateter)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Efeitos da Doença Renal em Sua Vida Diária

15. Algumas pessoas ficam incomodadas com os efeitos da doença renal em suas vidas diárias, enquanto outras não. Até que ponto a doença renal lhe incomoda em cada uma das seguintes áreas?

	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	Não incomoda nada	Incomoda um pouco	Incomoda de forma moderada	Incomoda muito	Incomoda extremamente
a Limitação de líquido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Limitação alimentar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Sua capacidade de trabalhar em casa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Sua capacidade de viajar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e Dependência dos médicos e outros profissionais da saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f Estresse ou preocupações causadas pela doença renal?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g Sua vida sexual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h Sua aparência pessoal?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

As próximas três questões são pessoais e estão relacionadas à sua atividade sexual, mas suas respostas são importantes para o entendimento do impacto da doença renal na vida das pessoas.

16. Você teve alguma atividade sexual nas 4 últimas semanas?

(Circule Um Número)

Não..... 1

Sim 2

→

Se respondeu não, por favor pule para a Questão 17

Nas últimas 4 semanas você teve problema em:

	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	Nenhum problema	Pouco problema	Um problema	Muito problema	Problema enorme
a Ter satisfação sexual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Ficar sexualmente excitado (a)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Satisfação Com O Tratamento

23. Pense a respeito dos cuidados que você recebe na diálise. Em termos de satisfação, como você classificaria a amizade e o interesse deles demonstrado em você como pessoa?

Muito ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente	O melhor
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

24. Quanto cada uma das afirmações a seguir é verdadeira ou falsa?

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a O pessoal do ambulatório me encorajou a ser o (a) mais independente possível	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b O pessoal do ambulatório ajudou-me a lidar com minha doença renal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Obrigada por você completar estas questões!

ANEXO G – KDQOL-SF™ (ESTUDO 3)

A sua saúde

Este questionário inclui uma ampla variedade de perguntas sobre a sua saúde e a sua vida. Estamos interessados em saber como se sente em relação a cada um destes assuntos.

1. Em geral, diria que a sua saúde é: [Marque um no quadrado que melhor descreve a sua saúde.]

Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/>				

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual?

Muito melhor agora do que há um ano atrás	Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	Aproximadamente igual há um ano atrás	Um pouco pior agora do que há um ano atrás	Muito pior agora do que há um ano atrás
▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto? [Marque um em cada linha.]

	Sim, muito limitado/ a ▽	Sim, um pouco limitado/ a ▽	Não, nada limitado/ a ▽
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Subir vários lanços de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Subir um lanço de escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Andar mais de 1 Km	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Andar várias centenas de metros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Andar uma centena de metros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/ a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	▽	▽	▽	▽	▽
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fez menos do que queria?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sentiu-se limitado/ a no tipo de trabalho ou outras actividades?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/ a ou ansioso/ a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	▽	▽	▽	▽	▽
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fez menos do que queria?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/>				

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
▽	▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/>					

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/>				

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo,
nas últimas quatro semanas

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	▽	▽	▽	▽	▽
a. Se sentiu cheio/ a de vitalidade?.....	<input type="checkbox"/>				
b. Se sentiu muito nervoso/ a?...	<input type="checkbox"/>				
c. Se sentiu tão deprimido/ a que nada o/ a animava?.....	<input type="checkbox"/>				
d. Se sentiu calmo/ a e tranquilo/ a?.....	<input type="checkbox"/>				
e. Se sentiu com muita energia?.....	<input type="checkbox"/>				
f. Se sentiu deprimido/ a?.....	<input type="checkbox"/>				
g. Se sentiu estafado/ a?.....	<input type="checkbox"/>				
h. Se sentiu feliz?.....	<input type="checkbox"/>				
i. Se sentiu cansado/ a?.....	<input type="checkbox"/>				

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

	Absolutamente verdadeira	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros....	▽	▽	▽	▽	▽
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Estou convencido/ a que a minha saúde vai piorar.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. A minha saúde é óptima.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

A sua doença renal

12. Até que ponto é que cada uma das seguintes afirmações é verdadeira ou falsa para si?

	Completa- mente verdadeira	Quase toda verdadeira	Não sei	Quase toda falsa	Completa- mente falsa
a. A minha doença renal interfere demasiado na minha vida	▽	▽	▽	▽	▽
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Passo demasiado tempo a tratar da minha doença renal .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sinto-me desanimado/ a com a minha doença renal ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sinto-me um peso para a minha família .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Estas perguntas são sobre como se sente e como têm corrido as últimas 4 semanas. Para cada pergunta, dê a resposta que mais se aproxima da forma como se tem sentido.

Quantas vezes nas últimas 4 semanas ...

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase sempre	Sempre
a. se isolou das outras pessoas à sua volta?.....	▽ <input type="checkbox"/> 1.....	▽ <input type="checkbox"/> 2.....	▽ <input type="checkbox"/> 3.....	▽ <input type="checkbox"/> 4.....	▽ <input type="checkbox"/> 5.....	▽ <input type="checkbox"/> 6
b. demorou a reagir a coisas que foram ditas ou feitas?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
c. se mostrou irritável com os que o/ a rodeiavam?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
d. teve dificuldades em se concentrar ou pensar?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
e. se deu bem com as outras pessoas?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
f. se sentiu confuso/ a?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6

14. Nas últimas 4 semanas, até que ponto se sentiu incomodado/a por cada uma das seguintes situações?

	Nada Incomodado	Um pouco Incomodado	Moderada- mente Incomodado	Muito Incomodado	Extrema- mente Incomodado
	▽	▽	▽	▽	▽
a Dores musculares?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b Dor no peito?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c Calibras?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d Comichão?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
e Pele seca?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
f Falta de ar?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
g Sensação de desmaio e tonturas?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
h Falta de apetite?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
i Esgotado/ a ou sem forças?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
j Mãos ou pés dormentes ou adormecidos?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
k Náusea ou indisposição.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
l (Apenas para doentes em hemodiálise) Problemas com a fistula?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
m (Apenas para doentes em diálise peritoneal) Problemas com seu catéter?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

Efeitos da doença renal no seu dia-a-dia

15. Algumas pessoas sentem-se incomodadas com os efeitos da doença renal no seu dia-a-dia, enquanto outras não. Até que ponto é que a doença renal o/ a incomoda em cada uma das seguintes áreas?

	Nada Incomodado	Um pouco Incomodado	Moderada- mente Incomodado	Muito Incomodado	Extrema- mente Incomodado
	▽	▽	▽	▽	▽
a. Restrição de líquidos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Restrição dietética?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Capacidade para fazer os trabalhos domésticos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Capacidade para viajar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dependência de médicos e outro pessoal clínico?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Stresse, tensão ou preocupação causadas pela doença renal?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Vida sexual?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Aparência física?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As três perguntas que se seguem são pessoais e dizem respeito à sua actividade sexual, mas as suas respostas são importantes para compreendermos de que forma é que a doença renal interfere na vida das pessoas.

16. Teve actividade sexual nas últimas 4 semanas?
(Faça um círculo à volta de um número)

Não 1
Sim 2



Se respondeu não, por favor
salte para a Pergunta 17

Até que ponto cada uma das seguintes situações constituiu um problema nas últimas 4 semanas

	Sem problema	Um pequeno problema	Algum problema	Um grande problema	Um problema grave
	▽	▽	▽	▽	▽
a. Ter prazer sexual?.....	<input type="checkbox"/>				
b. Ficar excitado/ a sexualmente?.....	<input type="checkbox"/>				

18. Com que frequência é que nas últimas 4 semanas...

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase sempre	Sempre
a. acordou durante a noite e teve dificuldades em voltar a adormecer?.....	▽	▽	▽	▽	▽	▽
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6.....
b. dormiu o tempo suficiente?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6.....
c. teve dificuldade em se manter acordado/ a durante o dia?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6.....

19. Relativamente à sua família e aos seus amigos, qual o seu grau de satisfação com...

	Muito insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Um pouco satisfeito	Muito satisfeito
a. a quantidade de tempo que consegue passar com a família e com os amigos?.....	▽	▽	▽	▽
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....
b. o apoio que recebe da família e dos amigos?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....

Satisfação com os cuidados prestados

23. Pense nos cuidados que recebe na diálise renal. Em termos da sua satisfação, como classificaria a amabilidade e o interesse que tiveram consigo como pessoa?

Muito mau	Mau	Suficiente	Bom	Muito bom	Excelente	O melhor possível
▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/>						

24. Até que ponto é que cada uma das seguintes afirmações é verdadeira ou falsa?

	Completamente verdadeira	Quase toda verdadeira	Não sei	Quase toda falsa	Completamente falsa
a. O pessoal da diálise encoraja-me a ser tão independente quanto possível .	▽	▽	▽	▽	▽
	<input type="checkbox"/>				
b. O pessoal da diálise ajuda-me a lidar com a minha doença renal					
	<input type="checkbox"/>				

A sua hemodiálise

25. Quando iniciou hemodiálise?

___ / ___ / ___

26. Frequentou a consulta de nefrologia?

Sim	Não
▽	▽
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se sim, quanto tempo? _____

27. Iniciou hemodiálise ao fim de quanto tempo após ter tido conhecimento da sua doença?

___ / ___ / ___

28. Foi-lhe dada informação relativa à doença e ao tratamento antes de iniciar a hemodiálise?

Sim	Não
▽	▽
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Conhece a causa da sua insuficiência renal? Se sim, por favor escreva-a na linha em baixo.

Dados sobre si

30. Qual o seu nível de escolaridade?

Não sabe ler nem escrever	Só sabe ler e escrever	1º ciclo do ensino básico (1º-4º ano) Antiga 4ª classe	2º ciclo do ensino básico (5º-6º ano) Antiga 6ª classe	3º ciclo do ensino básico (7º-9º ano) Curso Geral dos Liceus	Ensino Secundário (10º-11º ano) Curso Complementar dos Liceus	Ensino Médio	Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)
▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽
□ ,	□ ,	□ ,	□ ,	□ ,	□ ,	□ ,	□ ,

31. Se vive só, qual o seu rendimento?

Até 250€ (50 contos) mensais	De 250€ a 400€ (80 contos) mensais	De 400€ a 750€ (150 contos) mensais	De 750€ a 1.500€ (300 contos) mensais	De 1.500€ a 2.500€ (500 contos) mensais	Mais de 2.500€ (500 contos) mensais
▽	▽	▽	▽	▽	▽
□ ,	□ ,	□ ,	□ ,	□ ,	□ ,

32. Se não vive só, qual o rendimento do seu agregado familiar?

Até 250€ (50 contos) mensais	De 250€ a 400€ (80 contos) mensais	De 400€ a 750€ (150 contos) mensais	De 750€ a 1.500€ (300 contos) mensais	De 1.500€ a 2.500€ (500 contos) mensais	Mais de 2.500€ (500 contos) mensais
▽	▽	▽	▽	▽	▽
□ ,	□ ,	□ ,	□ ,	□ ,	□ ,

Quantas pessoas constituem o seu agregado familiar? _____

33. Qual é a sua situação familiar?

Casado/ a com registo	Casado/ a sem registo união de facto	Solteiro/ a	Viúvo/ a	Divorciado/ a	Separado/ a
▽	▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/> ,	<input type="checkbox"/> ,	<input type="checkbox"/> ,	<input type="checkbox"/> ,	<input type="checkbox"/> ,	<input type="checkbox"/> ,

34. Qual a sua situação perante o trabalho?

Trabalha por conta própria	Trabalha por conta de outrem	Reformado Aposentado	Desempregado	Vive de rendimentos	Pensionista	Estudante
▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/> ,	<input type="checkbox"/> ,	<input type="checkbox"/> ,	<input type="checkbox"/> ,	<input type="checkbox"/> ,	<input type="checkbox"/> ,	<input type="checkbox"/> ,

Qual a sua profissão? Se desempregado/ a ou reformado/ a,
por favor indique qual a profissão que exercia?

35. Quando necessita de ajuda a quem recorre?

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase sempre	Sempre
a. profissionais de saúde?.....	▽ <input type="checkbox"/> ,	▽ <input type="checkbox"/> ,				
b. Familiares?	<input type="checkbox"/> ,	<input type="checkbox"/> ,				
c. Amigos?.....	<input type="checkbox"/> ,	<input type="checkbox"/> ,				
d. Deus?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e. Local de culto (ex: igreja)?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

36. Qual o seu sexo?

Feminino	Masculino
▽	▽
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Qual a sua idade? ____ anos

35. Qual o seu local de residência?

Localidade? _____

Código Postal? _____

Concelho? _____

Distrito? _____

Obrigado por responder a estas perguntas!

ANEXO H - ESCALA DE RESILIÊNCIA (ESTUDO 2)

	DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente 1	Muito 2	Pouco 3	4	Pouco 5	Muito 6	Totalmente 7
1- Quando eu faço planos, eu os levo até o fim	1	2	3	4	5	6	7
2- Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	1	2	3	4	5	6	7
3- Eu sou capaz de depender de mim mais do que de qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5	6	7
4- Manter interesse nas coisas é importante para mim	1	2	3	4	5	6	7
5- Eu posso estar por minha conta se eu precisar	1	2	3	4	5	6	7
6- Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida	1	2	3	4	5	6	7
7- Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	1	2	3	4	5	6	7
8- Eu sou amigo de mim mesmo	1	2	3	4	5	6	7
9- Eu sinto que posso lidar com muitas coisas ao mesmo tempo	1	2	3	4	5	6	7
10- Eu sou determinado	1	2	3	4	5	6	7
11- Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas	1	2	3	4	5	6	7
12- Eu faço as coisas um dia de cada vez	1	2	3	4	5	6	7
13- Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes	1	2	3	4	5	6	7
14- Eu sou disciplinado	1	2	3	4	5	6	7
15- Eu mantenho interesse nas coisas	1	2	3	4	5	6	7
16- Eu normalmente posso achar motivo para rir	1	2	3	4	5	6	7
17- Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis	1	2	3	4	5	6	7
18- Em uma emergência, eu sou uma pessoa em que as pessoas podem contar	1	2	3	4	5	6	7
19- Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras	1	2	3	4	5	6	7

20- às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não	1	2	3	4	5	6	7
21- Minha vida tem sentido	1	2	3	4	5	6	7
22- Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas	1	2	3	4	5	6	7
23- Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída	1	2	3	4	5	6	7
24- Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer	1	2	3	4	5	6	7
25- Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim	1	2	3	4	5	6	7

Escala de Resiliência de Wagnild & Young (1993), validada para o contexto brasileiro por Pesce et al. (1995).

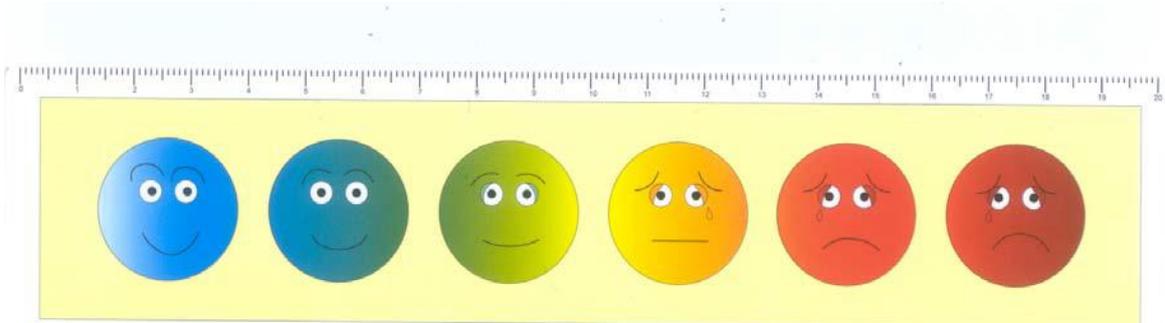
ANEXO I – ESCALA DE RESILIÊNCIA (ESTUDO 3)

The Resilience Scale

(Wagnild & Young, 1993. Adaptada para a população adulta portuguesa Ng Deep & Pereira, 2012).

	DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente 1	Muito 2	Pouco 3	4	Pouco 5	Muito 6	Totalmente 7
1- Normalmente eu lido com os problemas de uma forma ou de outra	1	2	3	4	5	6	7
2- Sou capaz de depender de mim próprio/a mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
3- Manter-me interessado/a nas actividades do dia a dia é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
4- Posso estar por conta própria se for preciso.	1	2	3	4	5	6	7
5- Sinto-me orgulhoso/a por ter alcançado objetivos na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
6- Sou amigo/a de mim próprio/a.	1	2	3	4	5	6	7
7- Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
8- Sou determinado/a.	1	2	3	4	5	6	7
9- Raramente me questiono se a vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
10- Vivo um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
11- Posso passar por tempos difíceis porque enfrentei tempos difíceis antes.	1	2	3	4	5	6	7
12- Tenho autodisciplina	1	2	3	4	5	6	7
13- Mantenho-me interessado/a nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
14- Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.	1	2	3	4	5	6	7
15- A confiança em mim próprio/a ajuda-me a lidar com tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
16- Numa emergência, sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
17- Normalmente consigo olhar para uma situação de várias perspetivas	1	2	3	4	5	6	7
18- Por vezes obrigo-me a fazer coisas que não posso resolver.	1	2	3	4	5	6	7
19- A minha vida tem um propósito.	1	2	3	4	5	6	7
20- Eu não fico obcecado/a com coisas que não posso resolver.	1	2	3	4	5	6	7
21- Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução.	1	2	3	4	5	6	7
22- Tenho energia suficiente para fazer o que deve ser feito.	1	2	3	4	5	6	7
23- Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO J - ESCALA VISUAL ANALÓGICA (E.V.A.) DE BEM-ESTAR MODELO EXPRESSÕES FACIAIS COLORIDAS (CAMPBELL & LEWIS, 1990)



CORES IDENTIFICADAS:

- 1a Face: Azul (nenhum sofrimento). Escore 10
- 2a Face: Azul Esverdeado (sofrimento leve). Escore 08
- 3a Face: Verde (sofrimento moderado). Escore 06
- 4a. Face: Amarela (sofrimento incômodo). Escore 04
- 5a. Face: Laranja (sofrimento intenso). Escore 02
- 6a. Face: Vermelho (sofrimento insuportável). Escore 00

ANEXO K - ESCALA DE DESESPERANÇA DE BECK



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na **última semana, incluindo hoje**, escureça o círculo com "C", indicando CERTO, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com "E", indicando ERRADO, na mesma linha da afirmação. **Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.**

- | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|
| 1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 6. No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 7. Meu futuro me parece negro. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 10. Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 11. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 12. Não espero conseguir o que realmente quero. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 15. Tenho uma grande fé no futuro. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 16. Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 18. O futuro me parece vago e incerto. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 19. Posso esperar mais tempos bons do que maus. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.
BHS é um logotipo da Psychological Corporation.

ANEXO L - IMAGENS UTILIZADAS NA APLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO RIME

- Jardim de flores com cachoeira suave.

(Imagem desenhada pelo publicitário Samyr Souen).



- Ao pé de montanhas um lago sereno.

(Imagem desenhada pelo publicitário Samyr Souen).



- Um campo por onde passa um rio tranquilo.

(Imagem desenhada pelo publicitário Samyr Souen).



- Uma praia tranquila com mar sereno.

(Imagem desenhada pelo publicitário Samyr Souzen).

