

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

KARINE CARDOSO LEMOS

**GRAVIDEZ E MATERNIDADE EM HEMODIÁLISE: LIMITAÇÕES E
SENTIMENTOS**

BRASÍLIA
2015

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KARINE CARDOSO LEMOS

GRAVIDEZ E MATERNIDADE EM HEMODIÁLISE: LIMITAÇÕES E SENTIMENTOS

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade de Brasília. Área de concentração: Políticas, práticas e cuidado em saúde e enfermagem
Linha de pesquisa: Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ivone Kamada.

BRASÍLIA
2015

Cg Cardoso Lemos, Karine
 GRAVIDEZ E MATERNIDADE EM HEMODIÁLISE: LIMITAÇÕES E
SENTIMENTOS / Karine Cardoso Lemos; orientador Ivone
Kamada. -- Brasília, 2015.
 116 p.

 Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) --
Universidade de Brasília, 2015.

 1. Gravidez. 2. Hemodiálise. 3. Insuficiência
Renal. I. Kamada, Ivone, orient. II. Título.

KARINE CARDOSO LEMOS

GRAVIDEZ E MATERNIDADE EM HEMODIÁLISE: LIMITAÇÕES E SENTIMENTOS

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade de Brasília.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Ivone Kamada

Presidente da Banca

Universidade de Brasília

Professora Doutora Natalia Correa Vieira de Melo

Membro efetivo

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Professora Doutora Ana Beatriz Duarte Vieira

Membro efetivo

Universidade de Brasília

Professora Doutora Simone Roque Mazoni

Membro suplente

Universidade de Brasília

Dedico este trabalho ao meu amor, Bruno Lemos, pelo apoio, compreensão, companheirismo, carinho e força em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me proporcionar saúde, força e discernimento na realização deste trabalho,

Ao meu marido, amor da minha vida, *Bruno Lemos*, pelas horas dedicadas, palavras de otimismo, paciência, amor e dedicação no decorrer do trabalho,

Aos meus pais, *Afonso e Luci* por terem acreditado no meu potencial,

Ao meu irmão *Michell*, por sempre torcer pelo meu sucesso,

Aos meus sogros, *Gilson e Cirlane*, pelo carinho e dedicação,

À minha cunhada *Brena* pelas palavras de otimismo,

À minha orientadora Professora Doutora *Ivone Kamada*, pela atenção, incentivo e apoio durante o processo de definição e orientação do trabalho e por sua contribuição com o meu conhecimento científico e intelectual,

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pela contribuição na construção do meu conhecimento nesta caminhada, em especial, à professora *Moema Borges* pela colaboração na análise de dados do trabalho,

À equipe de saúde das clínicas de hemodiálise dos hospitais onde foram desenvolvidas as entrevistas, pelo consentimento e colaboração na realização desta pesquisa,

E principalmente, às pacientes, que se disponibilizaram a contribuir com suas vivências para a realização deste trabalho.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

“Quem passou pela vida em branca nuvem, e em plácido repouso adormeceu; quem não sentiu o frio da desgraça; quem passou pela vida e não sofreu; foi espectro de homem, não foi homem, só passou pela vida não viveu. ”

Francisco Otaviano

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Enfermidades associadas	56
Figura 2 - Tipo de acesso de hemodiálise	56
Figura 3 - Gravidez em hemodiálise	57
Figura 4 - Número de filhos das entrevistadas	57
Figura 5 - Tempo de hemodiálise	58
Figura 6 - Classificação das palavras no programa <i>Alceste</i>	59
Figura 7 - Árvore de classificação descendente	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estadiamento e classificação da doença renal crônica	31
Tabela 2 - Variáveis sociodemográficas da população estudada.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
ESCS	Escola Superior em Ciências da Saúde
UNB	Universidade de Brasília
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DRC	Doença Renal Crônica
IRC	Insuficiência Renal Crônica
USRDS	<i>United States Renal Data Systems</i>
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SUS	Sistema Único de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
NFK –KQ/DOQI	<i>National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative</i>
NIH	<i>National Institute of Health</i>
IRA	Insuficiência Renal Aguda
TRS	Terapia de Substituição Renal
IRCT	Insuficiência Renal Crônica Terminal
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
KDIGO	<i>Kidney Disease Improving Global Outcomes</i>
DPAC	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
DPA	Diálise Peritoneal Automatizada
HLA	<i>Human Leucocyte Antigen</i>
PAM	Pressão Arterial Média
EDTA	<i>Europeu Diálise e Transplante Association</i>
LH	Hormônio Luteinizante
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
CNRS	<i>Centro National Francês de Pesquisa Científica</i>
ANVAR	Agência Nacional de Valorização à Pesquisa
CDL	Cateter de Duplo Lúmen
FAV	Fístula Arteriovenosa

PTFE

Prótese de Politetrafluoretileno

DIU

Dispositivo Intrauterino

RESUMO

LEMOS, KARINE C. GRAVIDEZ E MATERNIDADE EM HEMODIÁLISE: LIMITAÇÕES E SENTIMENTOS, 2015. 116 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

INTRODUÇÃO: Com o aumento significativo a cada dia de pacientes com doença renal crônica submetidos ao tratamento dialítico e considerando as mulheres em idade fértil um público bastante acentuado em hemodiálise atualmente, há uma necessidade dos profissionais de saúde em compreender as dificuldades, sentimentos e angústias dessas mulheres no que se refere à gestação e maternidade frente as limitações impostas pela doença. **OBJETIVOS:** Esta pesquisa tem como objetivo primário, compreender as expectativas e as percepções sobre gravidez e maternidade de mulheres adultas em idade fértil com insuficiência renal crônica em hemodiálise no sistema de saúde do Distrito Federal. Os objetivos secundários foram caracterizar as participantes do estudo no que se refere às características sociais, econômicas, clínicas e demográficas; investigar o conhecimento das participantes sobre gravidez em hemodiálise e descrever as atividades cotidianas das participantes do estudo. **MATERIAL E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal descritivo de abordagem qualitativa, realizado em Hospitais do Distrito Federal com 16 pacientes do sexo feminino, com diagnóstico de doença renal crônica e no mínimo 30 dias de início do tratamento hemodialítico, em condições clínicas/psicológicas estáveis, com idade entre 18 e 45 anos, com e sem filhos que aceitaram participar da pesquisa após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. Para analisar as características clínicas e sociodemográficas das entrevistadas foi realizada uma estatística simples descritiva de dados a partir de tabela e gráficos construídos. Para a análise das questões abordadas na entrevista, foi utilizada a análise de conteúdo, com auxílio do programa *Alceste* de análise de dados. **RESULTADOS:** Quanto a caracterização, constatou-se que a maioria das mulheres têm entre 18 e 39 anos (75%), são casadas (62,5%), possuem uma religião (43,75%), são procedentes do Nordeste (50%), possuem baixo nível de escolaridade, bem como, de renda, associados com pouca informação sobre sua situação de saúde. Foi demonstrado que as entrevistadas associam a maternidade com o equilíbrio familiar e o desejo da maioria das mulheres, porém, diante da doença renal, surgem sentimentos ambíguos e muitas incertezas sobre o futuro, deste modo, as mulheres em tratamento hemodialítico se apegam na esperança de cura e o transplante é citado muitas vezes como um caminho de volta

à normalidade. No que diz respeito às atividades cotidianas, percebemos limitações diversas, tais como: físicas, psicológicas e sociais. As atividades que antes eram executadas rotineiramente ficaram comprometidas após a doença e o seu tratamento, o que aumenta a ansiedade, a tristeza e a revolta com a sua condição. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A expectativa das pacientes é a esperança de cura por meio do transplante; as que nunca tiveram filhos, apresentam a esperança de um dia ter condições de saúde para tê-los e as que já possuem filhos, almejam poder acompanhar o desenvolvimento dos seus filhos; com a descoberta da doença e suas limitações diversas, surgem sentimentos tais como: revolta, medo, preocupação, depressão e a necessidade de acompanhamento especializado.

Descritores: Gravidez; Hemodiálise; Insuficiência Renal.

ABSTRACT

LEMOS, KARINE C. PREGNANCY AND MOTHERHOOD IN HEMODIALYSIS: LIMITATIONS AND FEELINGS, 2015. 116 f. Thesis (MASTER'S DEGREE) - Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2015.

INTRODUCTION: With the significant and ever increasing number of patients with chronic kidney disease undergoing dialysis and considering women of childbearing age a very marked public on hemodialysis nowadays, the health professionals need to understand these women's difficulties, feelings and anxieties towards their pregnancy and maternity once they face limitations imposed by the disease. **OBJECTIVES:** This research primary objective is to understand the expectations and perceptions of pregnancy and maternity in adult females of childbearing age with chronic renal failure on hemodialysis in the health system of Distrito Federal. Secondary objectives were to characterize the subjects regarding their social, economical, demographical and clinical characteristics; investigate the knowledge of the participants on hemodialysis pregnancy and describe the daily activities of the study participants. **MATERIAL AND METHODS:** This was a descriptive cross-sectional study of qualitative approach, performed in hospitals in Distrito Federal with 16 female patients diagnosed with chronic kidney disease that have been receiving hemodialysis treatment for at least 30 days, in stable clinical/ psychological conditions, aged between 18 and 45 years, with and without children who agreed to participate after signing the Informed Consent and Informed. Data collection was conducted through semi-structured interviews. To analyze the clinical and sociodemographic characteristics of the interviewees was carried out a simple descriptive statistics of the data from the table and built graphics. The issues addressed during the interview, were analyzed using the *Alceste* data analysis program. **RESULTS:** As for characterization, it was found that most women are between 18 and 39 years old (75%) married (62.5%) have a religion (43.75%), come from the Northeast (50 %) have low levels of education as well as income, associated with little information on their health status. It has been shown that the respondents associate motherhood with family balance and the desire of most women, however, before the kidney disease, mixed feelings and many uncertainties about the future arise, thus women in hemodialysis cling to hope of healing and transplant is often cited as a way back to normality. As for their daily activities, we noticed several limitations, such as: physical, psychological and social. The activities that once were performed routinely were compromised after the disease and its treatment, which increases

anxiety, sadness and anger at their condition. FINAL CONSIDERATIONS: The expectation of patients is the hope of healing through the transplant; those who never had children, have hope of one day having health conditions to have them and those who already have children, aims to monitor the development of their children; with the discovery of the disease and its various limitations, there are feelings such as rebellion, fear, worry, depression and the need for specialized treatment.

Descriptors: Pregnancy; Hemodialysis; Kidney Failure.

RESÚMEN

LEMOS, KARINE C. EMBARAZO Y MATERNIDAD En la hemodiálisis: LIMITACIONES Y SENTIMIENTOS, 2015. 116 f. Tesis (Posgrado-Máster) - Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia, Brasilia, 2015.

INTRODUCCIÓN: Con el aumento significativo de todos los días en los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis, y considerar a las mujeres en edad de procrear un público muy considerable en los días de hemodiálisis, hay una necesidad de profesionales de la salud a entender las dificultades, los sentimientos y ansiedades estas mujeres en relación con el embarazo y el parto limitaciones delanteros impostadas la enfermedad. **OBJETIVOS:** Esta investigación tiene como objetivo primordial, entender las expectativas y percepciones del embarazo y la maternidad las mujeres adultas en edad fértil con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el sistema de salud del Distrito Federal. Los objetivos secundarios fueron caracterizar los participantes del estudio con respecto a las características sociales, económicas, demográficas y clínicas; investigar el conocimiento de los participantes sobre el embarazo de hemodiálisis y describir las actividades cotidianas de los participantes del estudio. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo transversal de enfoque cualitativo, realizado en los hospitales en el Distrito Federal con 16 pacientes de sexo femenino con diagnóstico de enfermedad renal crónica y por lo menos 30 días de inicio del tratamiento de hemodiálisis, en condiciones clínicas / estable psicológica, de edades comprendidas entre 18 y 45 años, con y sin niños y que aceptaron participar después de firmar el consentimiento informado e Informado. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semi estructuradas. Analizar las características clínicas y socio demográficas de los entrevistados se llevó a cabo un simple dato estadístico descriptivo de la tabla y los gráficos integrados. Para el análisis de los temas abordados en la entrevista, se utilizó el análisis de contenido, con el análisis de datos ayuda *Alceste*. **RESULTADOS:** En cuanto a la caracterización, se encontró que la mayoría de las mujeres tienen entre 18 y 39 años (75%) están casados (62,5%) tienen una religión (43,75%), viene desde el noreste (50 %) tienen bajos niveles de educación, así como los ingresos, asociados con poca información sobre su estado de salud. Se ha demostrado que los encuestados maternidad asociado con el equilibrio familiar y el deseo de la mayoría de las mujeres, sin embargo,

antes de que la enfermedad renal, hay una mezcla de sentimientos y muchas incertidumbres sobre el futuro, por lo tanto, las mujeres en hemodiálisis se aferran en la esperanza la curación y el trasplante se citan a menudo como una manera de volver a la normalidad. Con respecto a las actividades diarias, nos dimos cuenta de varias limitaciones, como por ejemplo: físico, social, sexual y autoestima. Las actividades que se realizaron rutinariamente fueron comprometidas después de la enfermedad y su tratamiento, lo que aumenta la ansiedad, la tristeza y la ira en su condición. CONSIDERACIONES FINAL: La expectativa de los pacientes es la esperanza de la curación a través del trasplante; aquellos que nunca tuvieron hijos, tienen la esperanza de algún día tener condiciones de salud que tienen ellos y los que ya tienen hijos, tiene como objetivo supervisar el desarrollo de sus hijos; con el descubrimiento de la enfermedad y sus diversas limitaciones, hay sentimientos como la rebelión, miedo, preocupación, depresión y la necesidad de tratamiento especializado.

Descriptores: Embarazo; Hemodiálisis; Insuficiencia Renal.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
1 INTRODUÇÃO	23
2 REVISÃO DE LITERATURA	27
2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	27
2.1.1 Doença Renal	28
2.1.2 Doença Renal Crônica.....	29
2.1.3 Terapias de Substituição Renal	32
2.2 A DOENÇA RENAL CRÔNICA E A GRAVIDEZ	35
2.2.1 Fisiologia renal na gravidez	36
2.2.2 Diálise na gravidez.....	38
2.2.3 Repercussões no feto.....	40
2.3 A HEMODIÁLISE E A MATERNIDADE	41
2.3.1 Dados Históricos e Epidemiológicos	41
2.3.2 Sexualidade e Fertilidade	42
2.3.3 Aspectos Psicológicos	43
3 OBJETIVOS	46
3.1 OBJETIVO GERAL	46
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
4 MATERIAL E MÉTODO	48
4.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO	48
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	48
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	49
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	50
4.5 PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO	50
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	50
4.7 COLETA DE DADOS	51
4.8 ANÁLISE DE DADOS.....	51
5 RESULTADOS	54
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	54
5.2 CATEGORIAS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO	58
5.2.1 Categoria 1: Limitações na vida diária.....	60
5.2.2 Categoria 2: Sentimentos ambíguos sobre a maternidade.....	63
5.2.3 Categoria 3: Sentimentos com a gravidez	65

5.2.4 Categoria 4: Sentimento de perda: a descoberta da doença	67
6 DISCUSSÃO	72
6.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS	72
6.2 LIMITAÇÕES NA VIDA DIÁRIA	75
6.3 SENTIMENTOS AMBÍGUOS SOBRE A MATERNIDADE	78
6.4 SENTIMENTOS COM A GRAVIDEZ.....	79
6.5 SENTIMENTOS DE PERDA: A DESCOBERTA DA DOENÇA	81
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	97
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE ...	101
APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE PESQUISA: ROTEIRO DA ENTREVISTA	102
APÊNDICE C: ANÁLISE DO PROGRAMA ALCESTE VERSÃO 2012	103

APRESENTAÇÃO

A minha trajetória na enfermagem iniciou-se em 2007 com o término da graduação, no mesmo período, iniciei o meu trabalho como enfermeira na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e a especialização como enfermeira nefrologista. Após seis anos de experiência em nefrologia, e dois anos de atuação como docente na Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), surgiu o interesse de ingresso no mestrado. Em 2013 iniciei a minha pós-graduação stricto-sensu na Universidade de Brasília (UNB), na faculdade de ciências da saúde, no programa de pós-graduação em enfermagem.

O projeto definido para a seleção no mestrado surgiu após esses anos de experiência na nefrologia ao vivenciar as dificuldades enfrentadas pelas pacientes por meio dos questionamentos sobre a hemodiálise e suas limitações. A maioria das mulheres em idade reprodutiva quando descobrem a doença renal crônica e os seus riscos, principalmente relacionado a uma possível gravidez estando em tratamento de hemodiálise, demonstra dúvida, medo e preocupação com o futuro. Existem fatores que podem influenciar na decisão de correr o risco de engravidar nessas condições, tais como, o clínico, psicológico, social e cultural, por esse motivo, essas mulheres precisam de informações e conhecimento sobre o seu estado, tratamento adequado e suas consequências, para que possam ter autonomia de escolha.

Na atualidade existe um número alto de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico, dentre elas, mulheres em idade fértil, e a tendência é o aumento desses números a cada ano. Percebe-se que o perfil desses pacientes também vem mudando, pois antigamente era uma enfermidade que acometia prioritariamente idosos, hoje, existem muitos casos de jovens em hemodiálise. Partindo dessas questões, surgiram várias indagações, frutos da minha inquietação frente a essa população.

O desenvolvimento do trabalho iniciou-se em 2013 com a revisão de literatura, em 2014 foram realizadas as entrevistas e em 2015 foi feita a análise dos dados obtidos. Esta dissertação de mestrado foi realizada com a orientação da professora Ivone Kamada, a quem presto meus agradecimentos pelo incentivo e orientação. Pesquisa que teve como objetivo principal compreender as expectativas e as percepções sobre gravidez e maternidade de mulheres adultas em idade fértil com insuficiência renal crônica em hemodiálise no sistema de saúde do Distrito Federal. Os objetivos específicos foram caracterizar as participantes do estudo no que se refere às características sociais, econômicas, clínicas e demográficas;

investigar o conhecimento das participantes sobre gravidez em hemodiálise e descrever as atividades cotidianas das participantes do estudo.

O trabalho foi dividido da seguinte forma: **Introdução**, abordando os aspectos gerais, a questão norteadora, as hipóteses e a justificativa do trabalho; **Revisão de literatura**, com o conteúdo teórico que direcionou a análise de dados; **Objetivo geral e objetivos específicos**; **Material e método**, com o delineamento metodológico que direcionou a realização do estudo, o local da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão, o período de investigação, os aspectos éticos, a coleta e a análise de dados; **Resultados**, apresentados por meio da ilustração de gráficos e tabela e pela interpretação das entrevistas por meio do programa *Alceste* (software de análise de dados textuais); **Discussão**, realizada com a comparação dos resultados obtidos e dados encontrados na literatura, e por fim, foi desenvolvida a **Conclusão**, descrevendo o desfecho do trabalho, recomendações e limitações encontradas.

Almeja-se com este estudo a ampliação do conhecimento e entendimento dos profissionais de saúde, principalmente os que atuam com as pacientes renais em hemodiálise, na busca de um atendimento integral e eficiente, para que seja possível a identificação e compreensão das dificuldades encontradas por essas mulheres e por seus familiares e que contemple as expectativas e anseios dos mesmos, além de promover informações necessárias para que elas possuam autonomia de decisão sobre suas escolhas.

1. INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morbimortalidade no mundo e dos 56 milhões de óbitos em 2012, foram responsáveis por 38 milhões, ou seja, por 68% das mortes (WHO, 2014), sendo consideradas um problema de saúde global e um risco ao desenvolvimento humano (SCHMIDT et al., 2011).

A Doença Renal Crônica (DRC) é conceituada como a perda progressiva e irreversível das funções renais e o seu estágio mais avançado se caracteriza pelo comprometimento das funções dos rins, promovendo uma anormalidade do meio interno do paciente, este estágio é denominado de insuficiência renal crônica (IRC). A IRC consiste em doença crônica não transmissível e afeta cerca de 10 a 16% da população adulta mundial (ROMÃO JR, 2013).

No Brasil, a cada ano, o número de pacientes com insuficiência renal vem aumentando em proporções consideráveis e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial e diabetes têm contribuído para o crescimento desses índices. Essa doença provoca alterações físicas, psicológicas e sociais e o seu tratamento consiste em terapia de substituição renal por meio das seguintes modalidades: diálise peritoneal, hemodiálise ou transplante renal, preconizados quando o funcionamento dos rins é inferior a 10-12% (KNIHS et al., 2013).

A hemodiálise é o processo de filtração e depuração do sangue que substitui a função dos rins as quais foram prejudicadas pela doença renal (FERMI, 2011). O esquema convencional de hemodiálise é utilizado para a maioria dos pacientes em programa regular, sendo adotado quase que universalmente. Consiste em três sessões semanais com duração aproximada de quatro horas por tratamento (LUGON et al, 2010). A diálise peritoneal utiliza a membrana peritoneal para realizar trocas entre o sangue e a solução de diálise (VIEIRA NETO e DANTAS, 2013) e o transplante é um procedimento cirúrgico em que o receptor recebe o rim de um doador vivo ou cadáver (LOPES e SILVA, 2014).

De acordo com dados do relatório anual de 2014 do *United States Renal Data Systems* (USRDS), nos Estados Unidos, havia mais de 600 mil pacientes recebendo algum tipo de terapia de substituição renal, 409 mil em hemodiálise, 41 mil em diálise peritoneal e 186 mil receptores de rins transplantados. Conforme a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), em censo de 2013, há no Brasil 703 unidades cadastradas e ativas com programa de tratamento crônico e estima-se que 100.397 pacientes estejam em programas de hemodiálise, sendo 42% do sexo feminino.

No passado, mulheres com insuficiência renal não podiam engravidar devido aos grandes riscos materno-fetal e recebiam sentenças proibitivas em relação à gestação. Atualmente, com o progresso da medicina e um acompanhamento especializado, é possível alcançar o sucesso de uma gestação a termo e uma sobrevida cada vez maior da mãe e do feto. Apesar de todo este progresso, ainda se faz necessário um planejamento familiar adequado, pois esta condição apresenta significativo risco gestacional (RAMOS et al., 2011).

Pacientes com IRC têm diminuição da libido e da potência sexual e a infertilidade é decorrente da hiperprolactinemia e da redução ou falta da testosterona e os riscos mais evidentes para as grávidas são a hipertensão arterial e a anemia. Para o feto, a principal complicação é a prematuridade (FERMI, 2011).

Considerando que a DRC está associada a morbimortalidade e causa relevante impacto socioeconômico, esse cenário epidemiológico torna-se um dos principais focos de atenção de saúde pública (MANFREDI, 2013). Segundo Bastos (2011), o manejo ideal para pacientes com DRC consiste no diagnóstico precoce da doença, encaminhamento imediato ao tratamento nefrológico e implementação de medidas para preservar a função renal, além de um atendimento interdisciplinar de forma ampla e estruturada. Desta forma, as diretrizes e políticas de saúde preconizam a atuação da equipe multiprofissional na fase pré-dialítica, com educação efetiva do paciente em relação à doença, evitando a sua transição para a fase dialítica (MANFREDI, 2013).

Tendo em vista que as mulheres em idade fértil são um público bastante considerável em hemodiálise atualmente, há uma necessidade dos profissionais de saúde em compreender as dificuldades, sentimentos e angústias dessas mulheres no que se refere à gestação e maternidade.

Nesse contexto, a pesquisa teve como base a seguinte questão: Quais as expectativas e percepções da mulher em hemodiálise em relação a gravidez e a maternidade?

Assumindo a hipótese de que mesmo cientes dos riscos, algumas mulheres optam por engravidar durante o tratamento hemodialítico, algumas assertivas foram consideradas:

- As mulheres urêmicas apresentam riscos que podem contraindicar a gravidez;
- A gravidez bem-sucedida vem sendo possível com terapia dialítica e cuidados específicos;
- Cabe à equipe de saúde orientá-las para reduzir os riscos materno-fetal, permitindo assim, o nascimento de bebês saudáveis.

Partindo-se dessa questão norteadora e sabendo que a hemodiálise é um tipo de tratamento que causa uma situação estressante para as pacientes, este estudo se justifica pelo fato de existirem inúmeras mulheres nestas condições e que possuem o desejo de serem mães, exigindo um maior conhecimento por parte da equipe multidisciplinar sobre esse tema para que possam contribuir com um melhor atendimento, e conseqüentemente com uma melhor qualidade de vida para estas pacientes, possibilitando uma gestação com menos riscos e complicações por meio de um adequado planejamento familiar.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As doenças crônicas constituem um conjunto de condições crônicas que são desencadeadas por inúmeras causas, caracterizadas por início gradual, com prognóstico indefinido na maioria dos casos e com longa e indeterminada duração, podendo apresentar períodos de agudização e gerar incapacidades. As doenças crônicas demandam uma mudança no estilo de vida e um cuidado contínuo, com o intuito de estabilizar a progressão, pois nem sempre evoluem para a cura (BRASIL, 2013).

No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (OPAS, 2010). Essas doenças progridem para a perda significativa da qualidade de vida, que se intensifica à medida que a doença se agrava, gerando um impacto econômico para o País (BRASIL, 2013).

Em 2011, o Ministério da Saúde, com a colaboração de instituições de ensino e pesquisa, ministérios do governo brasileiro, membros de ONGs (Organizações Não Governamentais) da área da saúde, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, entre outros, elaboraram um plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. O plano tem como objetivo adequar o Brasil para a atuação frente as DCNT, englobando entre elas: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011).

No Brasil, as DCNT, incluindo a doença renal crônica, foram responsáveis por cerca de 72% da mortalidade no ano de 2007. As demais causas foram doenças infecciosas e parasitárias com 10% e distúrbios de saúde materno-infantil, 5%, o que difere do ano de 1930, período no qual as doenças infecciosas eram responsáveis por 46% das mortes (BRASIL, 2011; SCHMIDT et al., 2011). Este contraste se justifica pelo desenvolvimento socioeconômico, pela resolução dos problemas de saúde pública da época e pela rápida transição demográfica no Brasil, com um crescimento no número de adultos e idosos, aumento da renda, da industrialização e globalização de hábitos não saudáveis, expondo a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas (SCHMIDT et al., 2011).

O grande desafio do Brasil e do mundo é reduzir a taxa de mortalidade por DCNT para 2% ao ano. Este é considerado um desafio complexo, pois as tendências para as principais

doenças e fatores de risco não são favoráveis e a crescente epidemia da obesidade e as desigualdades sociais não poderão ser resolvidas em curto prazo (SCHMIDT et al., 2011).

O crescimento da incidência de doenças crônicas como diabetes, obesidade e hipertensão arterial sistêmica está relacionado com o aumento da prevalência da DRC, tornando-se um dos principais pontos de atenção da saúde pública. A “*National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (NFK-KQ/DOQI) e o *National Institute of Health* (NIH) preconizam diretrizes para a atenção aos portadores de DRC na fase pré-dialítica para prevenir a progressão da doença e sua morbimortalidade (MANFREDI, 2013).

2.1.1 Doença Renal

As doenças renais estão inseridas entre as principais causas de mortalidade e morbidade mundialmente. A incidência e a prevalência de insuficiência renal crônica em estágio terminal tem aumentado progressivamente a cada ano, em proporções epidêmicas no Brasil e no mundo (GUYTON e HALL, 2006).

As doenças renais graves estão divididas em duas categorias principais, a injúria renal aguda (IRA) e a insuficiência renal crônica (IRC) e dentro dessas duas categorias gerais, existem doenças renais específicas que podem acometer os vasos sanguíneos, os glomérulos, os túbulos, o interstício renal, ureteres e bexiga (GUYTON e HALL, 2006).

A doença renal é diagnosticada laboratorialmente pelo aumento da creatinina sérica ou pela anormalidade no exame de urina e clinicamente por alguns sintomas característicos como: dor no flanco, queimação ou dor ao urinar e micção excessiva ou diminuída. Alguns achados inespecíficos, dentre eles, hipertensão, edema e fadiga generalizada são encontrados na maioria das doenças renais (SCHMITZ, 2012).

A injúria renal aguda é definida como uma súbita deterioração da função renal (filtração glomerular), que ocorre por um período de horas ou dias e resulta em acúmulo de resíduos nitrogenados. Estudos populacionais feitos em países desenvolvidos revelam que a incidência de IRA se situa em torno de 200 casos/milhão de habitantes/ano em regiões urbanas e aproximadamente 25% dos pacientes com IRA necessitam de tratamento dialítico (MANFRO et al, 2006).

A Injúria renal aguda pode ser dividida em três categorias principais, a injúria pré-renal, decorrente da diminuição do aporte sanguíneo para os rins; a injúria intra-renal, causada

por anormalidades nos rins, podendo afetar os vasos sanguíneos, glomérulos ou túbulos e a injúria pós-renal proveniente de obstrução do sistema coletor de urina (GUYTON e HALL, 2006).

A doença renal crônica consiste em lesão renal e perda insidiosa, progressiva e irreversível da função renal, a denominação de insuficiência renal crônica se refere as fases mais avançadas, quando os rins não conseguem mais manter a homeostasia do paciente (ROMÃO JR, 2013).

Dentre os métodos potenciais para distinguir IRA de IRC, estão a avaliação de prontuários antigos para verificar aumentos de creatinina sérica e de nitrogênio ureico no sangue documentados meses antes ou histórico de doença renal, sugerindo IRC; ultrassom renal, pois rins de tamanho normal podem ser encontrados em alguns pacientes com IRC e a falta de anemia que sugere IRA (SCHRIER, 2008).

Atualmente, a DRC constitui problema de saúde pública em todo o mundo e o foco de atenção, que antes eram as terapias renais substitutivas (TRS) e o transplante renal, hoje está voltado para as fases mais precoces da DRC. O motivo para essa mudança se deve a incidência e a elevada prevalência da doença, aos gastos extremamente elevados com as TRS e a disponibilidade de testes clínicos para o diagnóstico precoce, podendo, assim, evitar a progressão para a insuficiência renal crônica terminal (ROMÃO JR, 2013).

2.1.2 Doença Renal Crônica

A DRC foi descrita pela primeira vez em 1827, pelo clínico, patologista e cientista londrino, Richard Bright, como uma enfermidade grave caracterizada por edema e, na autópsia, hipertrofia ventricular esquerda e hemorragias cerebrais, com rins de aspecto contraído e granular. Ao conjunto dessas anormalidades foi designado o nome de doença de Bright, sendo substituída posteriormente por insuficiência renal crônica e, mais recentemente, por doença renal crônica. Ao longo dos anos, verificou-se que a doença é progressiva, que o comprometimento da função renal ocasiona retenção de fluidos e que as suas manifestações são edema, elevação da pressão arterial, acarretando efeitos sobre o miocárdio e os vasos sanguíneos e uremia, podendo levar à morte. Nas últimas décadas, com o desenvolvimento de terapias de substituição renal, tornou-se possível a sobrevivência desses pacientes mesmo após a perda completa da sua função renal (ZATZ, 2010); (ZATZ et al, 2011).

Os critérios para definir a DRC são baseados em dois tópicos propostos pelo K/DOQI, 2002, que consistem na presença de alterações estruturais renais e na redução da taxa de filtração glomerular, caracterizados da seguinte forma: presença de lesão renal por mais de três meses com ou sem redução da taxa de filtração glomerular e presença de taxa de filtração glomerular menor ou igual a $60\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, por três meses, com ou sem lesão renal (ROMÃO JR, 2013).

De acordo com Romão Jr (2013), as alterações funcionais mais importantes encontradas em portadores de DRC são: elevação de ureia e creatinina sérica, proteinúria, albuminúria, anormalidades em exames de imagem, tais como: ultrassonografia mostrando redução de massa renal, aumento da ecogenicidade cortical, afinamento de córtex renal, cistos, cicatrizes e obstruções urinárias e anormalidades histopatológicas, através da biópsia renal.

Em condições normais, os rins recebem 20% do débito cardíaco, representando um fluxo sanguíneo de 1.000 a 1.200 mL/min para um homem de 70-75kg. O fluxo sanguíneo por grama de rim é de cerca de 4ml/min, um fluxo 5 a 50 vezes maior que em outros órgãos. Esse sangue passa inicialmente pelos glomérulos, onde 20% do plasma é filtrado, sendo a taxa de filtração glomerular de 120mL/min ou 170L/dia (SEGURO e YU, 2010).

A taxa de filtração glomerular (TFG) pode ser determinada clinicamente pela dosagem da creatinina sérica, pela depuração (clearance) de creatinina e pela estimativa da depuração de creatinina ou da TFG por meio de fórmulas específicas; existem outros métodos, como a dosagem de inulina (padrão-ouro), métodos radioisotópicos, cistatina C sérica, iohexol, porém não são viáveis na prática clínica. Os valores normais da TFG variam com idade, sexo, massa muscular, peso, raça e a TFG inferior a $60\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ representa diminuição de cerca de 50% da função renal normal (ROMÃO JR, 2013).

Segundo Romão Jr (2013), a DRC é dividida em seis estágios funcionais, de acordo com o grau de função renal (taxa de filtração glomerular do paciente).

Os estágios podem ser classificados como: **estágio 0** ou fase de função renal normal sem lesão renal, inclui-se os grupos de risco para o desenvolvimento de DRC (diabéticos e hipertensos); **estágio I** ou fase de lesão renal com função renal normal, com TFG ainda acima de $90\text{ mL}/\text{min}/1,73\text{M}^2$; **estágio II** ou fase de lesão renal com insuficiência renal leve ou funcional, com TFG entre 60 e $89\text{ mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ e com os níveis de ureia e creatinina plasmáticos ainda normais, sem sinais ou sintomas clínicos de insuficiência renal; **estágio III** ou fase de insuficiência renal moderada ou laboratorial, níveis elevados de ureia e creatinina plasmáticos, com TFG entre 30 e $59\text{ mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, discretos sinais e sintomas da uremia; **estágio IV** ou fase de insuficiência renal grave ou clínica, surgimento de sinais e sintomas

marcados de uremia como anemia, hipertensão arterial, edema, fraqueza, mal-estar e sintomas digestivos, com TFG entre 15 e 29 mL/min/1,73m²; **estágio V** ou fase de insuficiência renal crônica terminal, nessa fase o paciente encontra-se extremamente sintomático, com TFG inferior a 15 mL/min/1,73m², os rins perderam o controle da hemostasia, a ponto de ser incompatível com a vida, as opções terapêuticas consistem nos métodos de depuração artificial do sangue ou transplante renal (ROMÃO JR, 2013). **Tabela 1**

Tabela 1 - Estadiamento e classificação da doença renal crônica

Estágio da DRC	Taxa de filtração Glomerular (mL/min/1,73m²)	Creatinina Plasmática (mg/dL)	Grau da doença renal
0	>90	0,6-1,4	Grupos de risco para DRC Ausência de lesão renal
1	>90	0,6-1,4	Lesão renal com Função renal normal
2	60-89	1,5-2,0	IR leve ou funcional
3A	45-59	2,1-6,0	IR moderada ou
3	30-59		laboratorial
3B	30-44		
4	15-29	6,1-9,0	IR grave ou clínica
5	<15	>9,0	IR terminal ou dialítica

Fonte: ROMÃO JR, J.E. Conceituação, classificação e epidemiologia. In: CANZIANI, M.E.; KIRSZTAJN, G.M. Doença renal crônica: Manual prático. Editora Balieiro, 2013.

De acordo com Schmitz (2012), as manifestações clínicas da DRC são inespecíficas, podendo ser confundidas com outras condições clínicas e os sintomas da DRC geralmente são mínimos ou ausentes até que a TFG seja menor que 30ml/min. As manifestações encontradas são: fadiga, fraqueza, letargia, perda muscular, prurido, palidez, anorexia, náusea, vômitos, insônia, irritabilidade, confusão, convulsões, parestesias, dispneia, edema periférico e pericardite. As características laboratoriais encontradas estão relacionadas com o comprometimento da fisiologia normal do rim. Os achados consistem em acidose metabólica, hiperfosfatemia, hipocalcemia, distúrbios eletrolíticos, anemia, hiperuricemia, cilindros céreos largos, erosões periosteais nas radiografias, rins pequenos e ecogênicos (cicatrizados).

Segundo Fermi (2011), as principais complicações da DRC são doença óssea, anemia, alterações neurológicas e complicações cardiopulmonares (edema agudo de pulmão, arritmias,

acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico) e complicações gastrintestinais (úlceras, hemorragias).

Um importante fator de risco para a maioria das DRC é a extensão da doença na biópsia renal. Outro fator é a proteinúria, quanto maior, mais alto é o risco de progressão da doença. Em relação a etnia, os pacientes afro-americanos com diabetes correm risco duas a três vezes maior de desenvolver DRC terminal comparando com pacientes brancos, isso pode ser explicado por fatores modificáveis (comportamentos de saúde, controle da pressão arterial e glicemia e menor status socioeconômico) e a incidência é maior em homens do que em mulheres. O tabagismo e o uso de analgésicos têm sido associados a risco aumentado de DRC (SCHRIER, 2008).

O reconhecimento da DRC como um problema de saúde pública, fez com que instituições como a do Dia Mundial do Rim, a National Kidney Foundation americana e o KDIGO (Kidney disease: Improving Global Outcomes), implementassem medidas preventivas: primárias, secundárias e terciárias de acordo com o desenvolvimento ou não da DRC. A primeira medida visa prevenir a ocorrência da doença por meio da identificação de fatores de risco (familiares de pacientes com DRC, afrodescendentes, homens, idosos, hipertensão arterial, diabetes, hiperlipidemia, obesidade, tabagismo), diagnóstico precoce e encaminhamento imediato para a avaliação. A segunda tem como objetivo, diminuir ou interromper a progressão da doença (controle da pressão arterial, glicêmico e dietético), diagnosticar e tratar precocemente, bem como, medidas educativas, abordando temas como preservação do acesso venoso para a confecção de acesso vascular, a importância da aderência ao tratamento medicamentoso e nutricional, vacinações, oferecer suporte psicológico e informações sobre as terapias de substituição renal. A terceira inclui todas as anteriores e medidas de controle aos pacientes com DRC estágio V (BASTOS, 2010).

2.1.3 Terapias de Substituição Renal

O tratamento para a doença renal crônica consiste em tratamento conservador, terapia de substituição renal e transplante renal. Cada tratamento está relacionado com as fases da doença e a escolha do método é definida pelo médico e quando possível, pelo próprio paciente (FERMI, 2011).

O tratamento conservador tem como objetivo prolongar o início da terapia dialítica por meio de acompanhamento médico com orientações e terapia medicamentosa e

acompanhamento nutricional com controle da ingestão de líquidos, dieta hipoproteica e restrição de potássio. Esse tratamento é indicado aos pacientes que têm alguma função renal residual (FERMI, 2011).

As terapias de substituição renal têm como objetivo a correção dos distúrbios bioquímico e hídrico em pacientes com doença renal terminal e consistem em diálise peritoneal, transplante renal e hemodiálise (SCHMITZ, 2012). A diálise peritoneal e o transplante renal serão descritos resumidamente nos parágrafos seguintes e por ser a hemodiálise a modalidade de tratamento foco desse estudo será abordada mais detalhadamente no final desse item.

O termo diálise refere-se ao transporte de água e solutos através de uma membrana semipermeável que pode ser artificial, como na hemodiálise, ou biológica como ocorre na diálise peritoneal. O processo de remoção de solutos pode acontecer por difusão passiva por meio de um gradiente de concentração entre o plasma e o fluido de diálise e por ultrafiltração da água do plasma através da membrana dialítica, nesse caso o gradiente de pressão entre os dois lados da membrana determina a velocidade de passagem de água de um lado para outro (GÓES JR et al, 2006).

Aproximadamente 9% dos portadores de insuficiência renal crônica que necessitam de TSR no Brasil submetem-se à diálise peritoneal. Essa modalidade de tratamento utiliza a membrana peritoneal para realizar trocas entre o sangue e a solução de diálise, sendo os princípios fundamentais: difusão, por onde são retirados os solutos, ultrafiltração, por onde é retirado o excesso de volume e a convecção, remoção de solutos junto ao líquido filtrado (VIEIRA NETO e DANTAS, 2013).

São utilizados dois métodos para a realização da diálise peritoneal: a diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) e a diálise peritoneal automatizada (DPA). A DPAC é realizada pela instilação de 1 a 3 litros de uma solução de dialisato estéril na cavidade peritoneal por um cateter conhecido como *tenckhoff*, o líquido permanece na cavidade por um período de seis horas e nesse período, os solutos são removidos do sangue pelo princípio da difusão. A ultrafiltração final é obtida por meio da variação da concentração de glicose (de 1,5% a 4,25%) no dialisato. A glicose promove deslocamento dos fluidos através de pressão osmótica. Após a permanência, o fluido é drenado para uma bolsa plástica que é descartada, esse processo é repetido de quatro a cinco vezes por dia. A DPA é realizada através de máquina cicladora, os ciclos de infusão, permanência e drenagem geralmente são realizados a cada 2 horas durante a noite por um total de cinco a seis trocas, tem a vantagem de ser

realizada enquanto o paciente dorme. Infecção da cavidade peritoneal, do cateter ou da pele são complicações comuns (SCHMITZ, 2012).

O transplante renal é a opção para pacientes no estágio V da doença renal crônica, a escolha do receptor para doador cadáver é feita entre os pacientes da lista de espera estadual de acordo com os critérios estabelecidos pela resolução SS-145 de 14/12/2001 do governo federal. Primeiramente são selecionados os receptores com compatibilidade ABO em relação ao doador, todos os pacientes realizam previamente a tipagem HLA (*human leucocyte antigen*), os pacientes são classificados de acordo com os critérios de compatibilidade, tempo de espera, idade, presença de diabetes, hipersensibilizados. No caso de doador vivo, podem ser doadores de rim os consanguíneos até o 4º grau ou cônjuges, respeitada a compatibilidade no grupo sanguíneo ABO. As principais complicações são imunológicas (rejeições), infecciosas, neoplásicas, metabólicas (diabetes, dislipidemias) e cardiovasculares (hipertensão arterial) (GONÇALVES et al, 2006).

A hemodiálise é o processo de filtração e depuração do sangue que substitui a função dos rins as quais foram prejudicadas pela doença renal (FERMI, 2011). Esse processo é realizado através de um circuito extracorpóreo constituído por um filtro ou dialisador, formado por fibras ocas dispostas em paralelo que possuem poros por onde a água e solutos de baixo e médio peso molecular são eliminados. Nessa modalidade, o sangue flui através de um acesso vascular (cateter venoso, fístula arteriovenosa ou prótese) e é impulsionado por uma bomba para o sistema de circulação extracorpórea, local onde acontecem as trocas entre o sangue e o banho de diálise ou dialisato. A remoção das escórias metabólicas e a reposição de solutos como o bicarbonato são resultado do processo de difusão de solutos entre o sangue e a solução de diálise. O sangue heparinizado passa pelo dialisador com um fluxo na bomba de 300 a 500 ml por minuto e o dialisato corre em direção oposta com um fluxo de 500 a 800ml por minuto. Os principais componentes do dialisato são: sódio, potássio, cálcio, bicarbonato, magnésio e cloro (GÓES JR et al, 2006).

O acesso vascular para a hemodiálise pode ser temporário ou permanente. O acesso temporário consiste em cateter de duplo lúmen em veia de grande calibre (jugular interna, femoral ou subclávia), é utilizado nos casos de diálise única ou enquanto se aguarda o amadurecimento de uma fístula arteriovenosa. O acesso permanente ideal garante o fluxo adequado para a prescrição de diálise, dura um longo tempo e apresenta baixa taxa de complicação, os tipos são fístula arteriovenosa, cateter de duplo lúmen, tunelizado com manguito (*cuff*) e prótese (enxertos arteriovenosos) (ALLON e WORK, 2013).

A fístula arteriovenosa consiste em anastomose subcutânea entre uma artéria e uma veia. A utilização desse dispositivo depende do espessamento das paredes dos vasos e dilatação do ramo venoso da fístula, que ocorre em torno de 30 dias, a fístula não deve ser utilizada antes desse período, embora existam situações clínicas que exigem o uso precoce. A conexão arteriovenosa feita por um enxerto ou prótese de material sintético é feita quando não há a possibilidade de confecção de fístulas, a mais utilizada é a de politetrafluoroetileno de 6mm de diâmetro, que permite um fluxo sanguíneo adequado. O cateter permanente ou permcath ou cateter com *cuff* é indicado para pacientes com problemas de acesso vascular, é implantado cirurgicamente em veias de grande calibre, nesse cateter há um crescimento de tecido conjuntivo ao redor do cuff, que diminui a taxa de infecção, por criar uma barreira para os microrganismos e permitir a permanência prolongada do cateter pela sua fixação ao tecido subcutâneo (FERMI, 2011).

Atualmente, o tratamento dialítico busca não apenas evitar a morte por hipervolemia ou hiperpotassemia, mas também a reversão dos sintomas urêmicos, a redução das complicações em longo prazo, a diminuição do risco de mortalidade, a melhoria da qualidade de vida e a reintegração social do paciente. Atingidos esses objetivos a etapa seguinte tem como meta a elevação da expectativa de vida desses pacientes para próximo daquela esperada para a população geral, deste modo, a diálise prescrita deve ser um recurso terapêutico com dose e intervalos de administração adequados (LUGON et al, 2010).

2.2 A DOENÇA RENAL CRÔNICA E A GRAVIDEZ

A gravidez sempre foi considerada um risco para mulheres com DRC em tratamento dialítico, pois pode afetar o ritmo de progressão da doença e ocasionar problemas fetais e maternos. O grau de comprometimento funcional renal durante a concepção, presença ou não de hipertensão arterial e proteinúria influenciarão no processo evolutivo da gravidez e no seu efeito sobre o curso da doença (FIQUEIREDO, 2010).

Na IRC leve com PAM de 95mmHg ou menos, a incidência de prematuridade e de hipertensão não são diferentes do que ocorre nas gestantes sem IRC, todavia, no caso de hipertensão arterial grave ou creatinina maior do que 1,5mg/dl, o risco de prematuridade e a taxa de mortalidade perinatal será 5 a 7 vezes maior nessas mulheres (RAMOS et al, 2011). Estudo mostra que a perda acelerada da função renal e recém-nascidos de baixo peso ocorre em grupo de mulheres que apresentaram taxa de filtração glomerular menor do que 40ml/min e proteinúria maior do que 1g/dia antes da gestação (FIGUEIREDO, 2010).

O manejo de gestantes com doença renal requer acompanhamento rigoroso, controle de qualquer foco infeccioso e da pressão arterial. Quanto pior a função renal, mais frequente e mais pronunciada será a anemia, portanto, se faz necessário o uso da eritropoietina ou transfusões de sangue com o objetivo de manter a hemoglobina em níveis acima de 9mg/dl. É importante a suplementação de folato, pois esse íon é perdido durante a diálise e as exigências durante a gestação aumentam. Para equilibrar os níveis de ureia, geralmente é indicado aumentar o tempo de diálise e o número de sessões (4-7/semana), evitar dialisadores com reuso, pois, o formaldeído e o óxido de etileno podem ter efeito teratogênico (RAMOS et al, 2011).

De acordo com Fredette et al. (2013), os melhores resultados perinatais em mulheres com doença renal foram obtidos entre as que utilizavam hemodiálise intensiva, com um tempo médio de 24 horas por semana, em geral 6 sessões de 4 a 5 horas.

A assistência pré-natal das gestantes com insuficiência renal crônica deve ser realizada em hospital terciário, com serviço especializado em hemodiálise, as consultas devem ser quinzenais até a 28ª semana e semanais até a 34ª semana, quando a paciente deve ser internada para melhor controle materno-fetal. Deve ser acrescentando nos exames de rotina uma avaliação da função renal por meio da dosagem de creatinina, ureia e ácido úrico séricos. Caso a paciente apresente diurese, a realização de proteinúria de urina de 24 horas também deve ser feita mensalmente (ZANLORENCI et al, 2009).

Quando há a possibilidade de programar, é preferível que o parto ocorra entre a 34ª e a 36ª semanas de gestação, uma vez que a maturação pulmonar fetal é atingida nesse período. No entanto, na prática clínica, isto não é viável devido as frequentes complicações decorrentes da hemodiálise, após essa data, ainda sob a supervisão de médicos especialistas e enfermeiros treinados, há a possibilidade de aborto espontâneo, parto prematuro ou óbito (RODRIGUEZ, 2010).

2.2.1 Fisiologia renal na gravidez

A gestação é um dos acontecimentos mais importantes na vida da mulher e leva a diversas adaptações no organismo para que ocorra o ideal desenvolvimento do feto e do parto. No período gestacional os rins sofrem alterações anatômicas e funcionais; anormalidades renais e hipertensivas podem ocorrer nesse período e a associação de doença renal e gravidez representa fator de risco para a gestante e para o feto (FIGUEIREDO, 2010).

Na gestação, o comprimento renal aumenta de 1 a 1,5cm, o fluxo sanguíneo renal aumenta de 50 a 85%, especialmente na primeira metade da gestação. O cálice, a pelve e o ureter se dilatam progressivamente devido aos efeitos hormonais e de obstrução mecânica exercida pelo útero gravídico distendido no local em que os vasos ilíacos cruzam os ureteres. A hidronefrose ocorre em 43% a 100% das gestantes e é mais prevalente com o avanço da gestação, as alterações são mais acentuadas do lado direito e podem persistir por 3 a 4 meses após o parto. A retenção no sistema coletor dilatado, podendo conter 200 a 300ml de urina, pode levar a estase urinária e um risco aumentado de 40% para pielonefrite em gestantes com bacteriúria assintomática contra mulheres não gestantes. Após o parto, em poucas semanas, todos esses parâmetros se normalizam (FIGUEIREDO, 2010); (RAMOS et al, 2011); (CHEUNG e LAFAYETTE, 2013).

A excreção urinária de proteínas em grávidas aumenta significativamente devido ao aumento da taxa de filtração glomerular e ao aumento da permeabilidade da membrana basal glomerular. Em pacientes não grávidas, em condições normais, o limite para excreção urinária de proteínas é de 150mg/dl; em mulheres grávidas é de 300mg/dl. Há um aumento da taxa de filtração glomerular e do clearance de creatinina em torno de 40-65% (CHINNAPPA et al., 2013). Em gestantes, a creatinina plasmática varia entre 0,4 e 0,8 mg/dl. Uma creatinina maior ou igual a 1mg/dl pode significar comprometimento da função renal (RAMOS et al, 2011).

No início da gestação há um aumento da frequência miccional devido a fatores hormonais e no final da gestação essa frequência também aumenta, porém devido a fatores mecânicos (RAMOS et al, 2011).

A concentração plasmática de ácido úrico é reduzida nos dois primeiros trimestres de gestação, devido ao aumento de sua depuração secundária ao incremento do fluxo plasmático renal. A concentração sérica de ácido úrico elevada, significa redução do fluxo sanguíneo renal e da filtração glomerular, situação encontrada em pacientes com insuficiência renal (RAMOS et al, 2011); (RAMOS et al, 2006).

A gravidez normal gera um aumento de 10 a 14 quilos, sendo 7 a 9 litros de água corporal total. Esse aumento de volume circulante leva a um aumento fisiológico do débito cardíaco (RAMOS et al, 2006). A elevação da progesterona causa hiperventilação, ocasionando elevação do pH arterial por alcalose respiratória leve e conseqüentemente redução do bicarbonato plasmático em 4mEq/L (RAMOS et al, 2006); (FIGUEIREDO, 2010).

A pressão arterial diminui fisiologicamente durante a gravidez, mesmo em mulheres com hipertensão arterial crônica, valores de pressão arterial diastólica superiores a 75mmHg

no segundo trimestre e 85mmHg no terceiro trimestre devem ser considerados anormais. Como a doença renal progride, se faz necessário importante controle da hipertensão arterial para intervir no conjunto nefropatia, hipertensão e gravidez e, desta forma, minimizar a influência negativa no curso da gestação (FIGUEIREDO, 2010).

2.2.2 Diálise na gravidez

Para o tratamento dialítico em mulheres grávidas, podem ser utilizadas as terapias de diálise peritoneal e hemodiálise, ambas com vantagens e desvantagens (FIGUEIREDO, 2010). A modalidade de tratamento não deve ser alterada com o surgimento da gravidez, porém pode ser mais fácil iniciar na gestante a hemodiálise e não a diálise peritoneal. Deve-se ter a possibilidade de inserção de um cateter peritoneal em qualquer estágio da gravidez. Estudos recentes verificaram que as taxas de sucesso mais altas foram obtidas nas pacientes em hemodiálise e atualmente alguns nefrologistas estão intensificando o tratamento com hemodiálise quando as pacientes em diálise peritoneal chegam próximo do termo (HOU e GROSSMAN, 2013).

A experiência com a diálise peritoneal tem sido limitada a um número pequeno de pacientes, a incidência de gestações nessas mulheres é ainda menor do que nas que fazem hemodiálise. Isso pode ser devido à presença de solução hipertônica no peritônio, episódios anteriores de peritonite, ou fatores físicos que podem interferir na implantação fetal. Essa modalidade não é recomendada pela maioria dos autores, que alteram a modalidade para a hemodiálise após a concepção. São necessários mais dados sobre os resultados das pacientes grávidas em diálise peritoneal e a possível associação com complicações. Vários relatórios não mostraram diferenças nos resultados materno e fetal entre hemodiálise e diálise peritoneal (CZERPAK et al, 2012).

A hemodiálise pode provocar mudanças hemodinâmicas devido a remoção rápida de volume, com alteração importante da pressão arterial e potencial redução do fluxo placentário, além de reduções abruptas na concentração de ureia comprometendo a homeostasia fetal. Já a diálise peritoneal promove um ambiente intrauterino constante, com lenta remoção de líquidos e ureia, melhor controle da pressão arterial, da acidemia e da anemia, porém, tem como desvantagem o aumento da pressão intra-abdominal e o risco de peritonite (FIGUEIREDO, 2010).

De acordo com Czerpak et al (2012), está bem estabelecido que quanto maior o tempo de diálise, o tratamento prolonga o período de gestação, resultando em bebês com um maior peso ao nascer e melhor expectativa de vida, reduzindo as complicações. O tempo semanal que as pacientes devem ser submetidas a hemodiálise é variado, a prescrição médica tem que ser suficiente para manter condições estáveis para a mãe em termos de volemia, pressão arterial e o ganho de peso entre as sessões.

Fermi (2011) recomenda para o acompanhamento da gestação em hemodiálise, uma intensificação de no mínimo vinte e quatro horas por semana, divididas em seis sessões de quatro horas de duração, controle rigoroso da ultrafiltração para evitar hipotensão grave e controle da hipertensão arterial, a pressão diastólica ideal deve ficar entre 80 e 90 mmHg. A heparina pode ser utilizada, pois não atravessa a barreira placentária, não é necessária a redução na dose, exceto se ocorrer sangramento vaginal (FERMI, 2011); (HOU e GROSSMAN, 2013); (CZERPAK et al, 2012).

Outras recomendações: manter nível de ureia pré-diálise abaixo de 100mg/dl, controlar o potássio rigorosamente, controle nutricional, com aumento de ingestão proteica e de suplementos vitamínicos, correção da anemia, com o objetivo de manter o nível de hemoglobina superior a 11 g/dl e o hematócrito entre 30 e 35%, controle da acidose metabólica, com bicarbonato entre 18 e 20 mEq/l e controle de cálcio com o uso de carbonato de cálcio (FERMI, 2011).

Dialisadores novos, não reutilizados, com alta biocompatibilidade e funcionalidade são recomendados nestas pacientes. É preferível utilizar membranas com uma área de superfície inferior combinada com o aumento do tempo de diálise, de modo a minimizar as perdas de fluidos excessivos e evitar episódios de hipotensão e mudanças bruscas da osmolaridade (CZERPAK et al, 2012).

O peso seco materno e o ganho de peso devem ser regularmente avaliados e ajustados de acordo com o peso estimado do feto. No primeiro trimestre, a mãe deve ter um mínimo de 1 kg -1.5kg. Depois disso, o peso deve aumentar por 0,45 kg para 1 kg por semana. No terceiro trimestre, o peso e crescimento fetal também podem ser avaliados diretamente usando ultrassom (CZERPAK et al, 2012).

Um estudo realizado por Hladunewich et al (2014), referente à hemodiálise intensiva, demonstrou aumento na taxa de nascidos vivos (85%) para mulheres que receberam trinta e sete horas de hemodiálise semanais comparando com mulheres que receberam vinte horas semanais (48%), além disso, a idade gestacional aumentou significativamente com níveis mais elevados de hemodiálise juntamente com uma tendência a bebês maiores e com maior

peso ao nascimento. Foi observado também uma redução nas complicações gestacionais. Os autores concluíram que a gravidez pode ser segura e viável em mulheres com insuficiência renal terminal em tratamento com hemodiálise intensiva.

2.2.3 Repercussões no feto

A prematuridade é encontrada em 80% das crianças nascidas de mães em diálise e está relacionada com trabalho de parto prematuro, hipertensão materna e sofrimento fetal. Geralmente os recém-nascidos são pequenos para a idade gestacional e não se sabe ao certo se a restrição do crescimento é consequência da azotemia ou da hipertensão materna (HOU e GROSSMAN, 2013). Segundo Ramos et al (2011), a taxa de prematuridade em portadoras de IRC pode chegar a 87%, sendo que 25% desses fetos nascem com menos de 28 semanas.

O abortamento espontâneo é comum em mulheres com IRC e a taxa de sucesso de uma gestação pode chegar a 30-60%. Os problemas comuns encontrados nas pacientes com insuficiência renal são prematuridade, crescimento intrauterino restrito, defeitos cardíacos do feto e polidrâmnio (pode estar relacionado com um aumento da diurese osmótica pelo feto em resposta ao sangue rico em ureia que circula pelos vasos placentários) (RAMOS et al, 2011).

Em um estudo feito em 27 anos (1985-2012), foram registrados seis casos de hemodiálise durante a gravidez, todos os partos foram prematuros e feito cesariana, ocorreu um caso de oligohidramnio, um de polidrâmnio e outro de retardo do crescimento intrauterino, 66% das crianças estavam de acordo com a idade gestacional e a média do hematócrito neonatal foi de 50,3% (ESPINOZA et al, 2013).

A avaliação do feto deve ser realizada com o intuito de analisar o desenvolvimento, a nutrição e o bem-estar fetal e diagnosticar precocemente as disfunções placentárias que podem ocorrer devido ao aumento dos níveis pressóricos ou alterações metabólicas decorrentes das sessões de diálise. Cada caso deve ser analisado individualmente e de acordo com o quadro clínico materno. A medida do crescimento fetal deve ser realizada por meio da altura uterina durante as consultas de pré-natal e pelo ultrassom, este exame deve ser repetido com 20, 26, 32 e 36 semanas de gestação, quando a paciente é internada (ZANLORENCI et al, 2009).

As anomalias congênitas são raras e os problemas físicos e de desenvolvimento dos bebês são decorrentes da prematuridade (FERMI, 2011).

Atenção especial deve ser dada aos recém-nascidos, visto que apresentam ao nascimento as mesmas alterações metabólicas da mãe. A uremia do recém-nascido é normalizada nas primeiras 24 horas. A princípio, não há diferença entre o desenvolvimento neuropsicomotor dos fetos nascidos de mães não urêmicas e nas mesmas condições obstétricas. Apesar disso, deve-se levar em consideração que pelo reduzido número de casos descritos e pela falta de estudos que levam em conta o acompanhamento a longo prazo dessas crianças, torna-se difícil afirmar se não ocorrerão alterações cognitivas ou de desenvolvimento psicomotor (ZANLORENCI et al, 2009).

2.3 A HEMODIÁLISE E A MATERNIDADE

2.3.1 Dados Históricos e Epidemiológicos

A taxa de incidência de insuficiência renal crônica no Brasil é de 28.000 novos pacientes necessitando de tratamento dialítico a cada ano e a taxa de prevalência de é de 89.261 pacientes. A hemodiálise é a principal modalidade dialítica utilizada no tratamento para doença renal crônica e atende 91% dos doentes. A taxa de mortalidade anual dos pacientes em diálise é de 15,2% (ROMÃO JR, 2013).

A frequência de gravidez em mulheres em diálise é extremamente baixa, mas a porcentagem de gravidez bem-sucedida neste contexto tem aumentado ao longo dos anos, alguns estudos relatam a taxa de sobrevivência acima de 70% (CZERPAK et al, 2012).

A primeira gravidez bem-sucedida em hemodiálise foi descrita em 1971 com uma paciente de 35 anos. Posteriormente, em 1980, uma série de casos foi publicada no Europeu Diálise e Transplante Association (EDTA), com 1.300 mulheres em idade fértil, registrando uma taxa de 0,9% de incidência de casos de gravidez em pacientes em hemodiálise. Em 1994, foi descrita outra série de casos em Unidades de diálise americanas (CZERPAK et al, 2012).

A porcentagem de abortos de gestação em diálise era de 70% antes de 1990 e menos de 40% nos anos seguintes. A maioria dos casos descritos desde o ano 2000 referiram taxas com mais de 70% de sucesso para estas gravidezes. Quanto à mortalidade materna, poucos casos foram registrados na literatura. O prognóstico para a mãe é bom, especialmente em pacientes que iniciam diálise depois da concepção (CZERPAK et al, 2012).

Atualmente, a taxa de gravidez em pacientes submetidas à hemodiálise é de 1 a 7% e a taxa de sobrevida fetal é de 50% (RAMOS et al, 2011). A Gravidez é mais comum em

mulheres com diurese residual preservada (CZERPAK et al, 2012). Após o transplante renal, a taxa de aborto varia de 11 a 24% e a taxa de fetos mortos é de 1 a 3% (RAMOS et al, 2011).

Devido a redução da fertilidade e a elevada taxa de complicações relacionadas com a gravidez, recomendava-se adiar a gravidez até o transplante renal bem-sucedido, porém, a dificuldade em encontrar órgãos compatíveis e o longo período de tempo de espera para a realização do transplante renal podem comprometer o tempo de período fértil em algumas mulheres, além disso, as mulheres possuem níveis elevados de anticorpos que podem dificultar o transplante. Experiências recentes com hemodiálise intensiva têm demonstrado um aumento da probabilidade de uma gravidez com sucesso e redução das complicações para as mulheres e crianças. Desta forma, esta opção pode permitir que as mulheres elegíveis ou não para o transplante de renal, realizem a concepção (FREDETTE et al, 2013).

2.3.2 Sexualidade e Fertilidade

A maioria dos pacientes em hemodiálise têm disfunção sexual como resultado de problemas físicos e/ou emocionais. A fertilidade cai principalmente devido à anemia e à hiperprolactinemia e também está associada com a disfunção do hipotálamo, resultando em disfunção do ovário e ciclos anovulatórios, uso de medicamentos, depressão e perda do desejo sexual (CZERPAK et al, 2012).

Níveis elevados de hormônio luteinizante (LH) são achados característicos em pacientes em hemodiálise. A inibição do pico deste hormônio estimulada pelo estradiol parece ser responsável por ciclos anovulatórios (HOLLEY e SCHMIDT, 2013).

A melhoria da eficácia da diálise, junto com correções para anemia com a utilização padronizada da eritropoietina, pode melhorar a saúde geral desses pacientes, bem como a sua função sexual, que envolve o aumento da fertilidade e ciclos menstruais normais (CZERPAK et al, 2012). Assim como o transplante renal bem-sucedido, que restaura a fertilidade e as atividades hormonais necessárias para a reprodução (HOLLEY e SCHMIDT, 2013).

Nas mulheres em idade fértil após a realização do transplante renal e a regularização dos ciclos menstruais, que geralmente ocorre por volta de seis meses pós transplante, pode ocorrer o retorno da fertilidade em torno de trinta dias, por esse motivo a anticoncepção é importante nesse período (RAMOS et al, 2011).

O método contraceptivo deve ser indicado de acordo com cada paciente. As pílulas combinadas de baixa dosagem devem ser evitadas nas mulheres com mais de 35 anos, em

hipertensas, em cardiopatas, em diabéticas ou com lúpus. Os dispositivos intrauterinos não devem ser utilizados em mulheres imunossuprimidas devido ao risco de infecções. Recomenda-se aguardar dois anos após o transplante para permitir a gestação. As intercorrências mais frequentes são crescimento intrauterino restrito (20-54%), prematuridade (19-56%), baixo peso ao nascimento (12%), peso fetal menor que 1.500g (22%), pré-eclâmpsia (30%), hipertensão crônica (60-72%) e cesariana (46-55%). Entre as gestantes com creatinina maior ou igual a 1,7mg/dl e hipertensão, as taxas de prematuridade e cesariana são substancialmente mais elevadas (RAMOS et al, 2011).

Os dados da literatura indicam que a taxa de concepção de uma mulher em diálise é de 0,3% a 1,5%, o que é significativamente mais baixa do que a de mulher saudável tentando engravidar, onde a taxa de concepção é de 45% por ciclo menstrual. Atualmente, a taxa de sucesso é superior a 70%, aumentando de 10 para 20% por década. (ESPINOZA et al, 2013).

A infertilidade é uma experiência estressante para as mulheres e leva, muitas vezes, ao isolamento e a conflitos com o companheiro e com a família (OLIVEIRA et al, 2007). Estudos recentes sugerem que a hemodiálise intensiva durante a gravidez ocasiona melhores resultados, fornecendo uma opção viável para as mulheres jovens cujos anos reprodutivos são perdidos para doença renal terminal (HLADUNEWICH, 2014).

2.3.3 Aspectos Psicológicos

Ao receber o diagnóstico de insuficiência renal crônica, pacientes e familiares sofrem com os processos de ruptura, perdas e de intensa desorganização psicológica. As reações iniciais perante a doença são o medo e a ansiedade, e diante da gravidade e da irreversibilidade da doença podem enfrentar cinco estágios emocionais de acordo com Kubler-Ross (1996): o primeiro estágio é a **negação**, caracterizado por um período inicial de choque, sendo recuperado gradualmente, é o momento de não adesão ao tratamento; o segundo estágio é a **revolta**, onde surgem sentimentos de raiva e de ressentimento; o terceiro é a **barganha**, com propostas de recompensa ao bom comportamento e representam o não reconhecimento das necessidades de adesão ao tratamento; o quarto estágio é a **depressão**, no qual o paciente não consegue manter a negação e surge o sentimento de perda e o quinto e último estágio que é a **aceitação** da doença, onde o paciente estará cansado e fraco, com a necessidade de dormir com frequência em intervalos curtos. De acordo com Santos e

Sebastiani (2012), os cinco estágios podem ocorrer em ordem variada no curso da descoberta da doença, apenas está exposto nesta ordem para uma melhor compreensão didática.

O tratamento dialítico causa no paciente renal crônico mudanças no estilo de vida o que ocasiona limitações físicas, sexuais, psicológicas, familiares e sociais, podendo afetar sua qualidade de vida. Neste contexto, as mulheres podem apresentar distúrbios psicológicos, como a depressão por influência das oscilações hormonais fisiológicas, bem como danos causados pela DRC, por exemplo, perda do papel da família, redução das finanças, desemprego, perda da libido, mudanças na autoestima, insegurança e medo (FRAZÃO et al, 2014).

As modificações corporais necessárias para a realização do tratamento, tais como: confecção de fístula e inserção de cateter, podem causar vergonha e estranheza do próprio corpo. Essas modificações tornam-se um fator que pode fornecer indícios substanciais para a compreensão de conflitos e comportamentos no enfrentamento da doença (DINIZ, 2006).

Para Oliveira et al (2007), o problema psicológico mais comum nas mulheres em tratamento dialítico é a depressão, com prejuízo da autoimagem e sentimento de desesperança, podendo ocorrer ainda distúrbios do sono, alteração do apetite e diminuição do interesse sexual. A doença e o tratamento comprometem o seu bem-estar psíquico, suas relações com a família e seu ambiente social e profissional.

Segundo Santos e Sebastiani (2012), a depressão pode ser patológica ou reativa, e dependendo do enfrentamento da doença, o quadro depressivo reativo pode se transformar em quadro depressivo patológico. As manifestações patológicas mais comuns são: ambivalência afetiva, culpa exacerbada, isolamento, ideias autodestrutivas, insônia, prostração e amorfismo afetivo, já as manifestações reativas são tristeza, sentimento de perda, sentimento de angústia e diminuição do afeto.

Em estudo realizado por Oliveira et al (2007), verificou-se a relação da natureza feminina com a função de mãe, demonstrando que as mulheres se sentem “anormais” quando não há a possibilidade de gerar uma criança, provocando sentimentos de inferioridade, frustração, depressão, indignação e a busca de um culpado. Algumas mulheres em tratamento dialítico optam pela gestação, mesmo sabendo dos riscos, expressando uma transgressão às regras, às orientações e ao aconselhamento da equipe de saúde.

Nazario e Turato (2007) encontraram, nos discursos de mulheres em hemodiálise, uma ambivalência de atitudes devido ao desejo da maternidade. Surgiram conflitos psicológicos, em parte causados pelas limitações do tratamento e a adoção seria uma alternativa citada por algumas como uma possibilidade de satisfazer seus desejos e melhorar a autoestima.

3. OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender as expectativas e as percepções sobre gravidez e maternidade de mulheres adultas em idade fértil com insuficiência renal crônica em hemodiálise no sistema de saúde do Distrito Federal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as participantes do estudo, no que se referem às características sociais, econômicas, clínicas e demográficas;
- Investigar o conhecimento das participantes sobre gravidez em hemodiálise;
- Descrever as atividades cotidianas das participantes do estudo.

4. MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo transversal descritivo de abordagem qualitativa.

O estudo transversal é a forma mais simples de pesquisa populacional, consiste em uma pesquisa onde a relação exposição-doença é examinada, em uma dada população, em um momento definido e fornece uma representação de como as variáveis estão relacionadas naquele momento. Os participantes de um estudo transversal são selecionados em um momento definido pelo pesquisador, em geral, na data da coleta dos dados (PEREIRA, 2013).

Os estudos descritivos têm a finalidade de coletar informação de forma independente ou conjunta sobre os conceitos ou as variáveis a que se referem, não tem como objetivo indicar como estas se relacionam (SAMPIERI et al, 2013).

A pesquisa de abordagem qualitativa tem como objetivo compreender a perspectiva dos participantes pesquisados sobre os fenômenos que os rodeiam e aprofundar em suas experiências, pontos de vista, opiniões e significados, isto é, a forma como os participantes percebem subjetivamente a sua realidade. Utiliza a coleta de dados sem avaliação numérica para a interpretação de resultados (SAMPIERI et al, 2013). As abordagens qualitativas se adaptam melhor às investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais por meio da visão dos autores, de relações e para a análise de discursos e documentos (MINAYO, 2010).

Foi realizada uma revisão de literatura por meio de pesquisa nas bases de dados *Lilacs*, *Pubmed* e *Medline* e em livros específicos a temática abordada, na busca de conteúdos relacionados e atuais, foram selecionadas as referências dos últimos nove anos de 2006 a 2015.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O atendimento em nefrologia com tratamento hemodialítico oferecido pelo Sistema Único de Saúde do Distrito Federal é realizado em cinco hospitais da SES/DF, destes, dois mantêm programa de diálise para pacientes renais crônicos. As entrevistas foram realizadas nesses dois hospitais por contemplarem o objeto do estudo. Nos demais, o atendimento é prioritário a pacientes com insuficiência renal aguda, o que não abrange os critérios de

inclusão da pesquisa.

O outro local selecionado não faz parte da SES/DF, porém é um hospital público no Distrito Federal que recebe recursos provenientes do Governo Federal. Esse hospital oferece atendimento a pacientes renais crônicos e foi incluído na pesquisa a fim de possibilitar uma amostra representativa de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico no Distrito Federal. Partindo-se dessas exposições, a pesquisa foi realizada nos três hospitais que atendem pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico no Distrito Federal (DF).

Um dos hospitais da SES/DF é considerado de médio porte, com capacidade para atender 24 pacientes por dia e recebe pacientes provenientes das seguintes cidades administrativas do DF: Gama, Brazlândia, Ceilândia, Taguatinga, Recanto das Emas, Samambaia, Águas Claras, Riacho Fundo e algumas cidades do entorno próximos ao Distrito Federal. O outro hospital, também de médio porte, com capacidade para atender 34 pacientes por dia, recebe pacientes das cidades administrativas do DF: Sobradinho, Planaltina, Paranoá, São Sebastião e cidades do entorno próximos ao Distrito Federal. O terceiro hospital oferece suporte ao SUS/DF, é um hospital de médio porte, com capacidade para atendimento diário de 26 pacientes.

Nos três hospitais, o atendimento é dividido em dois turnos, com funcionamento de segunda-feira a sábado. A equipe multidisciplinar é composta por médico nefrologista, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, nutricionista, assistente social e psicólogo. Os três hospitais atendem as duas modalidades de tratamento: hemodiálise e diálise peritoneal.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A amostra foi realizada por conveniência. As amostras por conveniência são as amostras não-aleatórias, onde os elementos que dela fazem parte foram selecionados por julgamento de valor e não por aleatoriedade estatística (PEREIRA, 2013).

Foram incluídas na amostra, as pacientes do sexo feminino, com diagnóstico de doença renal crônica e no mínimo 30 dias de início do tratamento hemodialítico, em condições clínicas/psicológicas estáveis, com idade entre 18 e 45 anos, com ou sem filhos, que aceitaram participar da pesquisa após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa pacientes do sexo masculino, pacientes com doença renal aguda, menores de 18 ou maiores de 45 anos, presença de condições clínicas/psicológicas que impossibilitem a participação e os que se negaram a participar da pesquisa. Optou-se por excluir os menores de 18 anos pelo fato de demandar autorização dos responsáveis, que muitas vezes não estão presentes no momento do tratamento. E os extremos de idade (adolescência e climatério), por serem fases com peculiaridades que poderiam causar possíveis vieses.

4.5 PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO

A pesquisa de campo foi realizada no período de outubro de 2014 a janeiro de 2015, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), no qual o projeto de pesquisa foi submetido para apreciação.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao CEP da Secretaria de Saúde do Distrito Federal para apreciação, conforme preconiza a Resolução N°466/2012, que trata de pesquisa envolvendo os seres humanos. Número do Parecer: 820.060. Data da Relatoria: 22/09/2014. (ANEXO A). Foi solicitada uma autorização prévia à diretoria dos hospitais, aos setores de hemodiálise e às participantes da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), o qual foi composto pelas seguintes etapas:

- Esclarecimento ao convidado a participar da pesquisa;
- Apresentação do TCLE com justificativa, explicitação dos possíveis riscos e benefícios;
- Garantia de liberdade ao participante da pesquisa de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma punição;
- Garantia de sigilo e privacidade;
- Os dados obtidos não serão usados para outros fins além dos previstos no TCLE.

A pesquisa também foi inserida no comitê de ética em pesquisa da UNB – Faculdade de Medicina, também aprovada pelo CEP da Secretaria de Saúde do Distrito Federal com o

número de Parecer: 820.060.

4.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, que de acordo com Sampieri et al (2013), a entrevista é baseada em um roteiro de assuntos e perguntas e o entrevistador pode ampliar suas perguntas para obter conceitos e informações mais precisos sobre os temas abordados, significando que nem todas as perguntas são predeterminadas.

No instrumento foram inseridas informações tais como: idade, estado civil, religião, profissão, se possui filhos, se enfrentou alguma gravidez enquanto estava em tratamento dialítico, dentre outros, além de questões abertas norteadoras para a realização da entrevista, relacionadas aos objetivos do estudo - expectativas e percepções quanto à gravidez e a maternidade, atividades comprometidas após início da hemodiálise e se a equipe de saúde informou sobre gestação durante o tratamento hemodialítico -. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior consulta e confirmação dos resultados. (APÊNDICE B).

Para identificar o diagnóstico ou a existência de alguma enfermidade associada foi feita uma consulta em prontuário.

4.8 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados foi realizada em duas etapas:

- Primeira Etapa

Para analisar as características clínicas e sociodemográficas das entrevistadas foi realizada uma estatística simples descritiva de dados a partir de tabela e gráficos construídos. Foi utilizado o programa *Microsoft Office Excel* (2013).

- Segunda etapa

Para a análise das questões abordadas na entrevista, foi utilizada a análise de conteúdo, com a técnica de análise de discurso, que segundo Bardin (2011), é um método que se adapta especialmente ao material verbal produzido por entrevistas e trabalha com os significados dos enunciados.

Após a transcrição das entrevistas foi feita a determinação dos referentes-núcleos e a divisão do texto em proposições com o auxílio do programa *Alceste* (versão 2012) de análise de conteúdo, esse programa determinou os eixos e as classes do conteúdo analisado.

O programa *Alceste* consiste em um *software* de análise de dados textuais que surgiu no CNRS (Centro Nacional Francês de Pesquisa Científica) com o apoio da ANVAR (Agência Nacional Francesa de Valorização à Pesquisa). O programa permite realizar de maneira automática a análise de entrevistas, perguntas abertas de pesquisas socioeconômicas e textos diversos. Tem como objetivo, quantificar um texto para extrair as estruturas mais significativas (www.software.com.br).

Segundo a análise de conteúdo de Bardin (2011), o termo categorização é utilizado para classificar os elementos que constituem um conjunto por diferenciação e por reagrupamento segundo o gênero, com critérios definidos. O agrupamento é categorizado por meio das características comuns dos elementos.

Neste estudo tais agrupamentos ou classes foram denominados de categorias em acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2011). Após esta etapa, todos os dados foram comparados e consolidados.

Para análise das entrevistas, algumas falas são apresentadas para ilustração, identificadas pela letra P (Paciente) seguida pelo número da entrevista.

5. RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Nos três hospitais onde as entrevistas foram realizadas, houve um total de 144 pacientes no período de outubro de 2014 a janeiro de 2015, destes, 89 (62%) eram do sexo masculino e 55 (38%) eram do sexo feminino, das 55 mulheres, foram selecionadas de acordo com os critérios de inclusão da pesquisa, 16 (29%) mulheres.

A idade das entrevistadas variou entre 18 e 45 anos, com 6 (37,5%) pacientes com idade entre 18 e 29 anos, 6 (37,5%) com idade entre 30 e 39 anos e 4 (25%) com idade entre 40 e 45 anos. Em relação a situação conjugal das entrevistadas, 10 (62,5%) pacientes tinham um companheiro e 6 (37,5%) não tinham. Quanto à naturalidade, foram observadas pacientes procedentes da região nordeste (50%) e da região centro-oeste (43,75%) e uma paciente (6,25%) proveniente do Peru.

A ocupação foi bastante variada, foram citadas atividades como artesã, babá, comerciante, do lar e estudante, 4 (25%) pacientes estavam aposentadas e 2 (12,5%) relataram não exercerem nenhuma atividade. O nível de escolaridade variou do primeiro grau incompleto com 3 (18,75%) pacientes ao superior incompleto com 1 (6,25%) paciente, sendo que a maioria (62,5%) não tinha o ensino médio completo. A renda variou entre 1 e 2 salários mínimos, com 5 (31,25%) pacientes, entre 2 e 3 salários mínimos com 6 (37,5%) pacientes e apenas 2 (12,5%) vivem com mais de 3 salários mínimos, 3 (18,75%) pacientes não souberam relatar. Quanto a religião, 8 (50%) pacientes eram protestantes, 7 (43,75%) eram católicas e apenas 1 (6,25%) não tinha religião.

A **tabela 2** mostra de forma detalhada as variáveis sociodemográficas da população estudada.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis sociodemográficas da população estudada, quanto a idade, situação conjugal, escolaridade, ocupação, religião, renda familiar, naturalidade - período de outubro de 2014 a janeiro de 2015.

Variável	N	%
IDADE *		
18-29	6	37,50
30-39	6	37,50
40-45	4	25,00
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Casadas	10	62,50
Solteiras	6	37,50
ESCOLARIDADE		
Primeiro grau completo	3	18,75
Primeiro grau incompleto	4	25,00
Segundo grau completo	5	31,25
Segundo grau incompleto	3	18,75
Superior incompleto	1	06,25
OCUPAÇÃO		
Artesã	1	06,25
Do lar	5	31,25
Babá	1	06,25
Comerciante autônoma	1	06,25
Nenhuma atividade	2	12,50
Estudante	2	12,50
Aposentada	4	25,00
RELIGIÃO		
Católica	7	43,75
Protestante	8	50,00
Não tem religião	1	06,25
RENDA FAMILIAR **		
1-2	5	31,25
2-3	6	37,50
>3	2	12,50
Não sabe informar	3	18,75
NATURALIDADE		
Centro-oeste ***	7	43,75
Nordeste ***	8	50,00
Peru	1	06,25

Legenda: * idade em anos; ** renda familiar em salários mínimos; *** regiões do Brasil.

Fonte: a autora

As enfermidades associadas encontradas foram hipertensão arterial, em 6 (37,5%) pacientes; diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, em 2 (12,5%) pacientes; anemia e hipertensão arterial, em 1 (6,25%) paciente; litíase renal e hipertensão arterial, em 2 (12,5%) paciente; lúpus em 4 (25%) paciente; e 1 (6,25%) paciente com história de mielomeningocele. Conforme apresentado na **Figura 1**

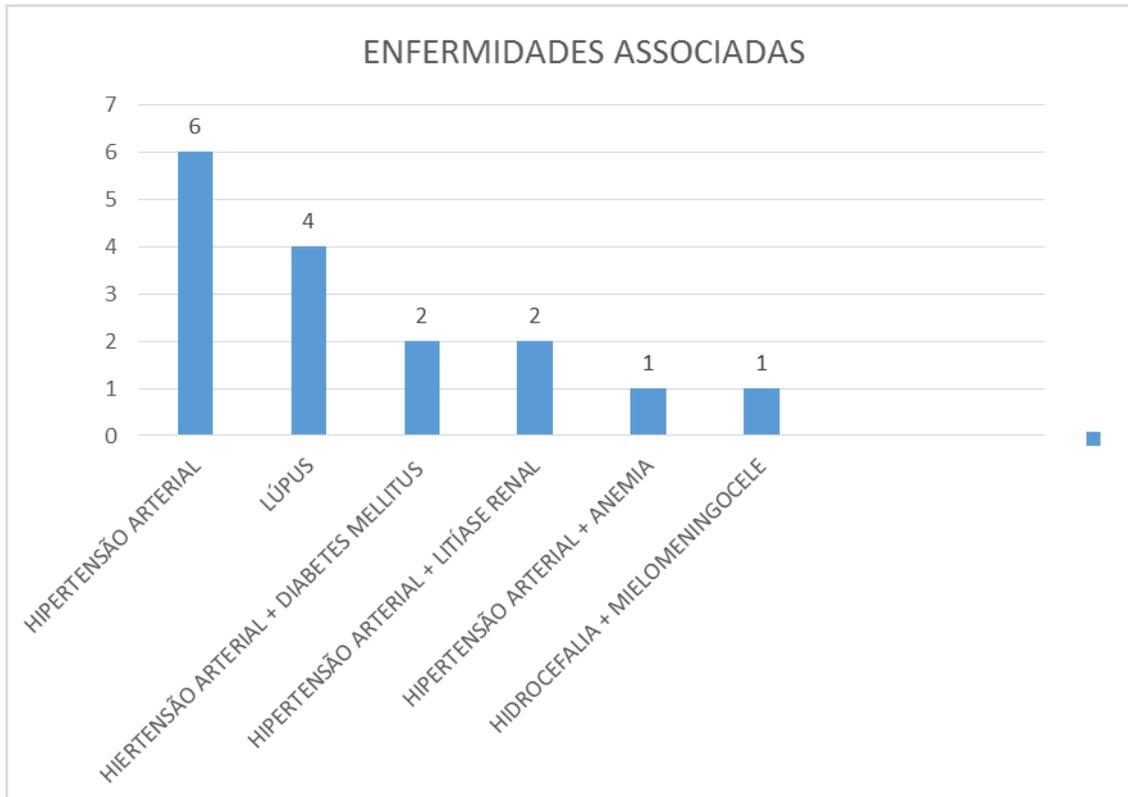


Figura 1 - Enfermidades associadas

A **figura 2** apresenta a relação ao tipo de acesso para hemodiálise, sendo 5 (31,25%) pacientes com fístula arteriovenosa (FAV), 8 (50%) pacientes com cateter de duplo lúmen (CDL), 2 (12,5%) pacientes com cateter permanente (permcath) e 1 (6,25%) pacientes com prótese de politetrafluoretileno (PTFE).

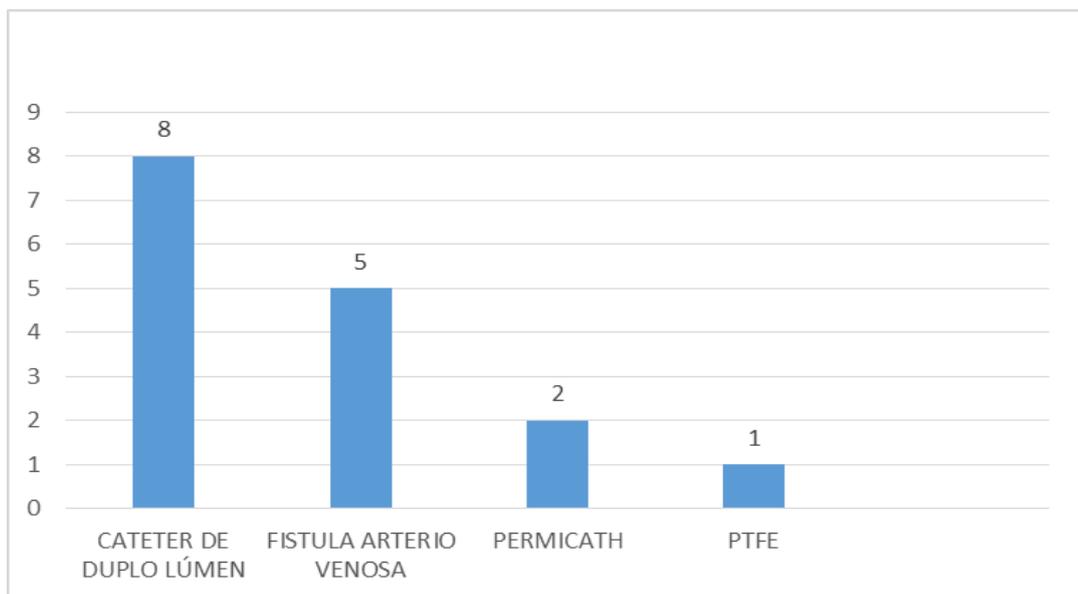


Figura 2 - Tipo de acesso de hemodiálise

Das 16 mulheres entrevistadas, apenas uma estava gestante no momento da entrevista, sendo a prevalência para gestação em hemodiálise neste estudo de 6,25%.

Entre as pacientes da pesquisa, 5 (31,25%) nunca tiveram filhos, 6 (37,5%) tiveram filhos antes do início do tratamento, 4 (25%) enfrentaram uma gestação em algum período do tratamento e 1 (6,25%) estava gestante do primeiro filho no período da entrevista. **Figura 03**

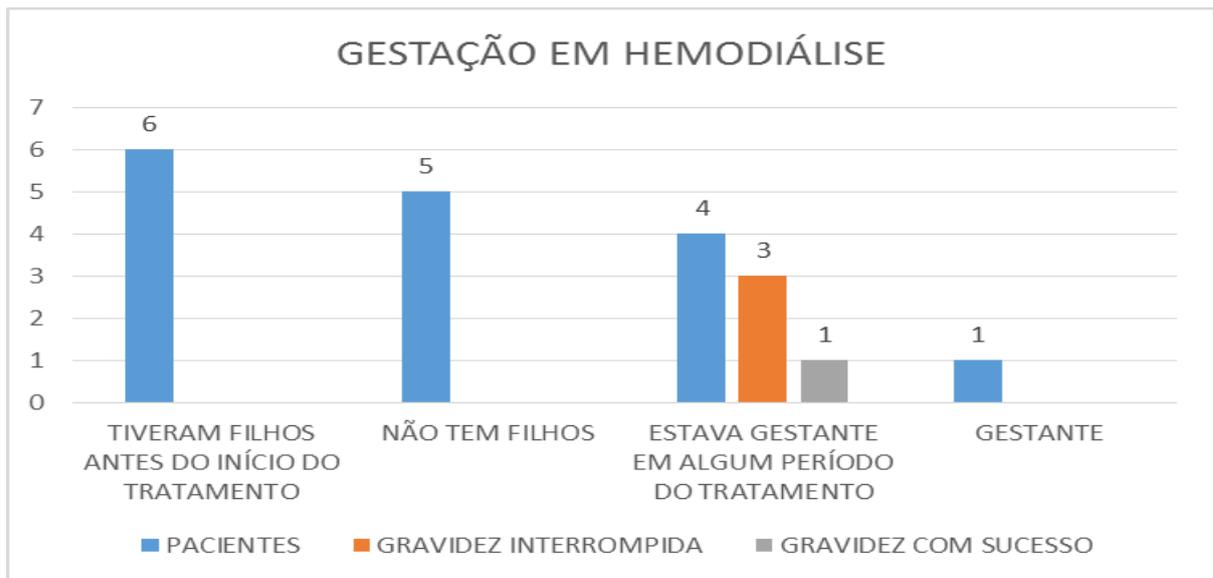


Figura 3 - Gravidez em hemodiálise

Em relação ao número de filhos, três pacientes tinham apenas um filho, oito tinham mais de um filho e cinco não tinham filho. **Figura 04**



Figura 4 - Número de filhos das entrevistadas

O tempo de diálise das pacientes do estudo foi bastante variado, de um mês a onze anos de tratamento. **Figura 05**

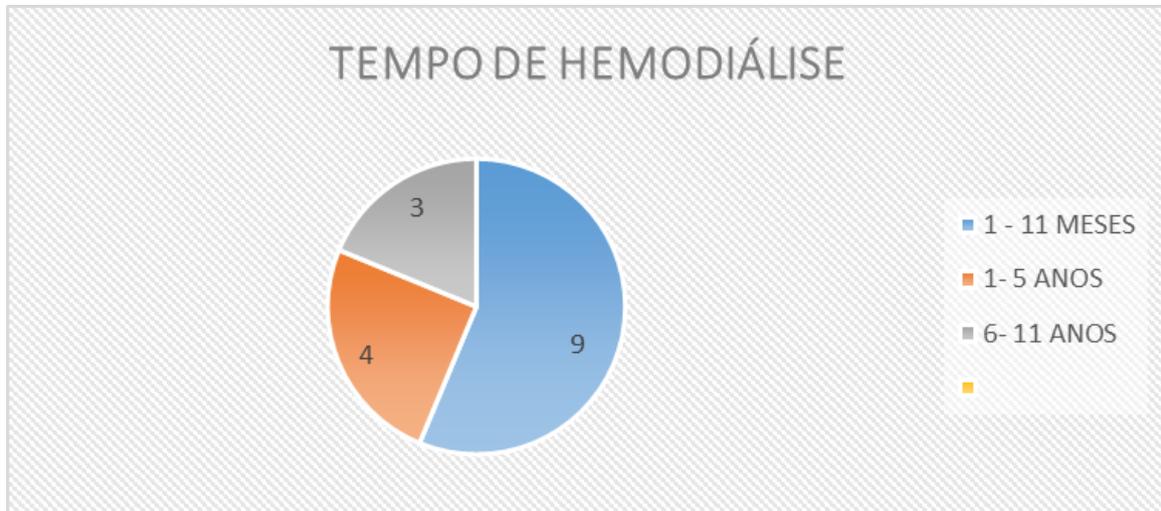


Figura 5 - Tempo de hemodiálise

Apenas uma paciente (6,25%) - tempo de diálise de onze anos - tinha conhecimento correto sobre a temática e recebeu informações pela equipe de saúde; quatro pacientes (25%) - com tempo de diálise de um, três, cinco e onze anos - sabiam parcialmente, sendo que três receberam informações dadas pela equipe e a paciente com apenas um ano de tratamento buscou tais informações por outras fontes, como internet e colegas. Onze (68,75%) pacientes não tinham conhecimento algum.

5.2 CATEGORIAS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Na análise de conteúdo realizada com o auxílio do programa *Alceste*, surgiram dois eixos distintos e quatro classes independentes, o primeiro e mais significativo foi o eixo das limitações, representado pela classe 1 - limitações na vida diária - o qual representou 59% e demonstrou relevância ao estudo. O segundo eixo representou os sentimentos com 41% da análise e abrangeu a classe 2 - sentimentos ambíguos sobre a maternidade - (15%), a classe 3 - sentimentos com a gravidez - (11%) e a classe 4 - sentimento de perda - (15%). A seguir, iremos abordar cada uma dessas classes, que serão denominadas de categorias. **Figura 6**

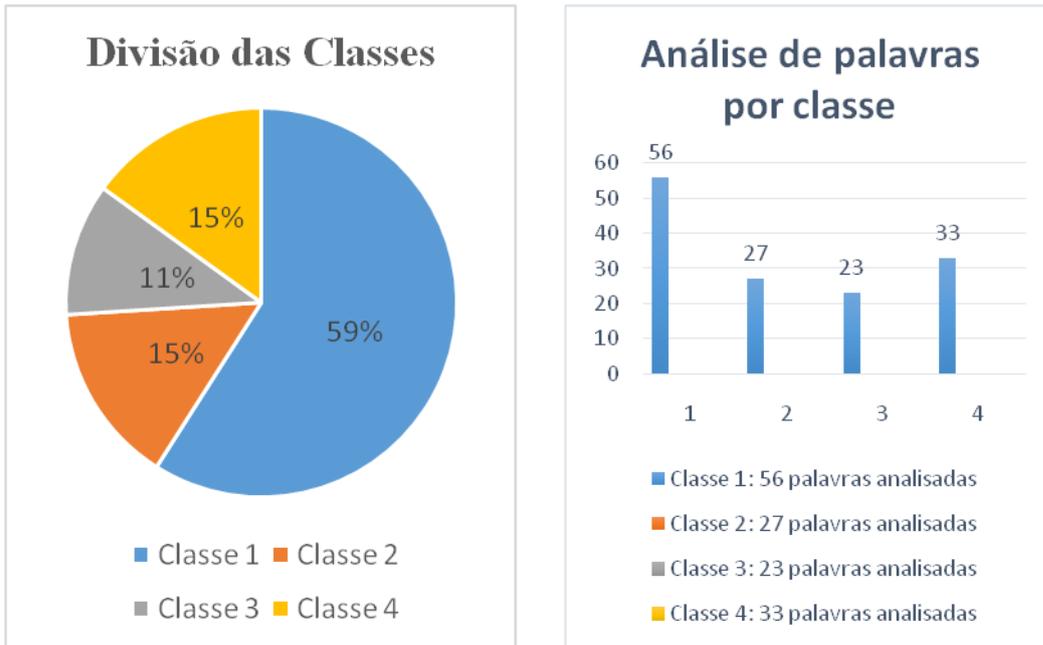


Figura 6 - Classificação das palavras no programa *Alceste*

Na interpretação dos resultados, a classe 1, que abrange as limitações, não se relaciona com as demais classes, que se referem aos sentimentos. A classe 2 tem alguma relação com as classes 3 e 4, e estas duas estão bastante relacionadas entre si. **Figura 7**

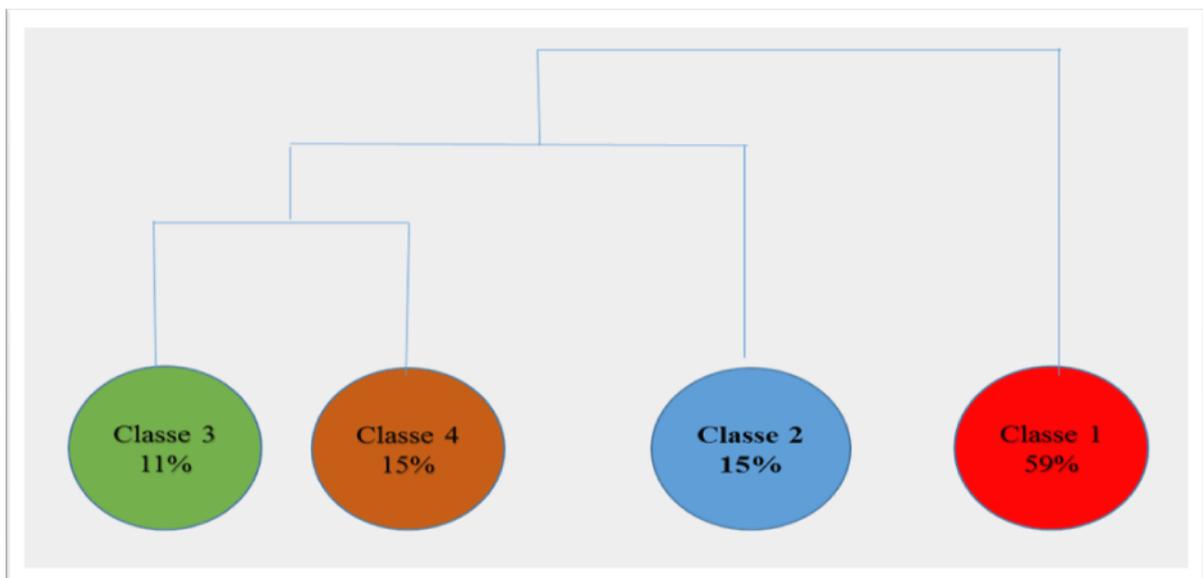


Figura 7 - Árvore de classificação descendente

5.2.1 Categoria 1: Limitações na vida diária

Nessa categoria, foram encontrados relatos significativos a respeito das limitações das atividades de vida diária, tais como limitações físicas, sociais, sexuais e de autoestima. No contexto das limitações, surgem também dois temas importantes a serem considerados, que são mecanismos de apoio e que sustentam a adesão ao tratamento, que são a família e a esperança de cura.

Em algumas entrevistas, quando perguntado quais as atividades ficaram comprometidas após o início do tratamento dialítico, foram encontrados vários tipos de limitações e situações que atrapalham o cotidiano das entrevistadas, tais como: comer, tomar água, tomar banho, sair para passear, viajar, trabalhar e estudar.

[...] assim, uma colega minha me chama para ir acolá, não posso ir. (P3)

[...] o cateter atrapalha porque eu nunca mais tomei banho direito. Não posso tomar banho de piscina [...]. (P3)

[...] se eu pudesse, sábado e domingo, principalmente domingo, eu não ficaria em casa. (P3)

[...] impede porque não é toda comida que eu posso comer. Lá em casa faço comida com pouco sal, sabe? (P3)

[...] Meio o que acaba comigo é a alimentação. Limita muito e não pode beber água. É aquela coisa... tenho que me controlar. Sim, sou uma paciente que sou controlada, mas eu evito ficar muito pesada porque quando eu ganho peso a mais, passo muito mal na máquina. Muito mal mesmo. Eu evito. Tento evitar, mas é difícil. (P6)

Viagem eu não faço por causa disso e meu estudo também atrapalhou. No início quando eu não estava nem fazendo hemodiálise ainda, mas eu sentia as crises. Aí parei de estudar. Trabalhar também. (P6)

Foi verificado que as pacientes têm limitações diversas, suas atividades que antes eram

executadas rotineiramente, após a doença e o seu tratamento ficaram limitadas e já não são mais executadas como antes, o que gera uma ansiedade e revolta com a sua condição. Algumas referem dificuldades em cuidar dos filhos e da casa e relatam cansaço e dores.

[...] até para ir no mercado eu vou na maior dificuldade. [...] Só para dar banho nele que vai ser mais difícil, não é? Porque está segurando. Aí esse braço da fístula já é... não tenho tanta força. [...] (P5). Paciente se referindo a dificuldade de cuidar da casa e dar banho no filho por causa da fístula.

[...]eu passava roupa, fazia faxina, hoje eu não posso pegar mais excesso de peso. (P15)

[...]Parei de trabalhar fora, agora só cuidado de casa... hoje eu não faço mais as coisas como eu fazia antes, me dá muita dor nas costas, muito cansaço, então hoje é mais devagar, eu faço a comida e lavo louça. (P12)

Outra questão importante é o rebaixamento da autoimagem e da autoestima como a citação da palavra “inválida” de uma paciente se referindo a sua atual condição e a demonstração de vergonha relacionada ao cateter de duplo lúmen, o que as expõe perante outras pessoas.

[...] às vezes a gente se sente assim muito inválida, estar numa maquinazinha, falar aí eu estou sobrevivendo por causa de uma máquina. (P15)

[...]me enfiar embaixo do chuveiro enquanto tiver com cateter, esse tipo de coisa assim que deixa a gente chateada, isso que atrapalha o seu dia a dia. [...] não posso ir mais no clube. (P15)

[...]agora não tenho mais vontade de sair para lugar nenhum. Sinceramente, porque todo mundo fica olhando para esse negócio [...]. Pelejo para não dar resposta. Fico calada. (P2) Paciente se referindo ao cateter.

A limitação sexual também foi encontrada em alguns depoimentos, quando perguntado sobre esse tema, algumas dizem não ter mais vontade de ter relação sexual com o companheiro e fazem por obrigação outras dizem que existe a relação sexual com o companheiro, mas que após a doença ficou bem restrita.

[...] Tá bem fraco, mas tem ... (P11)

Assim, eu não tenho vontade de ter, mas como convivo com ele, sou obrigada a ficar. Mas se não tivesse, seria melhor. [...] Tipo assim, é muito ruim. Às vezes, eu não estou nem a fim, mas ele quer. Então está indo, mas eu não tenho vontade. (P6)

Até depois que eu internei eu não tive mais não. (P2)

O apoio familiar teve papel fundamental no processo do adoecer e na adesão ao tratamento, as pacientes citam o apoio do marido, da mãe e dos filhos, em alguns casos também pode ser observado uma troca de papéis, onde quem cuidava agora depende dos cuidados dos familiares.

Então, graças a Deus eu tenho a minha mãezinha. Eu casei e levei ela comigo [...] ela me auxilia bastante. Às vezes eu chego muito cansada, tonta, não é? Mas eu ainda consigo dar banho no meu filho, arrumar ele para ir para a escola, dar o almoço. Minha mãe corre e faz o almoço [...], quando eu fui colocar o cateter, meu marido estava comigo. Meu anjo da guarda. Aí ele: “Calma”. Me dando força e querendo chorar, sabe? E a gente percebe ali (P4)

[...] ela virou minha mãe, me emociono toda vez que eu falo, cuida de mim, lava minhas costas, me leva na parada. (P7). Entrevistada se referindo aos cuidados prestados a ela pela filha, indicando uma inversão de papéis após sua condição crônica.

A esperança de cura surge como a única expectativa de vida e auxilia no enfrentamento da doença, as entrevistadas almejam a volta à normalidade, com a

possibilidade de voltar a fazer as atividades de vida diária que realizavam antes da doença e citam a fé em Deus para curá-las.

[...] eu estou na minha cabeça que é seis meses, mas se Deus quiser... eu não sei, não é? (P2). Paciente se referindo ao tempo que espera para a cura.

Tentar viver como eu vivia, voltar a fazer as coisas em casa, trabalho de escola. Levar para a escola, como eu levava. Tentar viver como eu vivia né. (P14).

Encontra-se nos depoimentos a expectativa de cura e de voltar a ter uma vida normal como um motivo para continuar o tratamento.

5.2.2 Categoria 2: Sentimentos ambíguos sobre a maternidade

Quando perguntado o significado de ser mãe e sobre a importância da maternidade, as mulheres consideram a maternidade com um significado positivo e necessário na vida da mulher, ser mãe é visto como uma associação/equilíbrio com a família.

[...] a gente aprende a equilibrar a vida e, como se diz, ter associação com o mundo da família. É saber descobrir o prazer de ser mãe, a vida se transforma em muitas coisas boas [...] tem coisas que a gente deixa de fazer, mas em propósito de um filho porque mãe é a coisa mais boa da vida. Ser mãe é a coisa mais boa do mundo. (P9)

A maternidade é uma coisa boa na vida da mulher, não é? Ajuda muito ela. (P5)

É maravilhoso [...] a gente só vive para eles. (P2)

É o melhor momento na vida da mulher. (P8)

Simultaneamente aos significados positivos, sentimentos ambíguos são demonstrados ao se falar em maternidade, como visto nos depoimentos abaixo:

Assim, com essa doença eu tenho tanto medo, assim, qualquer hora a gente fica com medo de morrer, mas a gente tem que ter cabeça no lugar, não é? [...] preocupada como é que vai ficar eu com esses meninos. (P2)

Eu morro de medo. Eu acho que é muito perturbante. Muita preocupação [...] (P9)

[...] aí eu passo a minha parte do tempo quase toda no hospital. E a mãe fica com o pensamento no filho que está lá, fica sem poder fazer muita coisa por ele [...] (P5)

Uma paciente citou também o sentimento de perda, ao descrever, muito abalada, a perda de um bebê durante o tratamento.

Eu fui mãe, na verdade eu sou mãe. A psicóloga me falou que eu sou mãe de um anjinho que morreu [...] eu queria ter tido tempo de ser mãe dela por mais tempo, mas Deus levou. Ela viveu por dois dias, a neném. (P8)

Nos relatos, as entrevistadas citam que a família demonstra medo e ao mesmo tempo, esperança de cura e de retorno a uma “vida normal”, principalmente através do transplante.

Ele pensa que quando eu for transplantar, eu vou ficar bem e posso ter um filho [...] (P6). Se referindo a esperança do marido.

Meu filho mesmo fica muito preocupado [...] aí ele fala: mãe, a senhora vai melhorar, eu tenho certeza. [...] aí ele fica o tempo todo falando: será que isso vai ficar para sempre? Eu falo: não, isso não vai ficar para sempre porque ninguém fica para sempre assim (P9).

5.2.3 Categoria 3: Sentimentos com a gravidez

Nesta categoria, ao falar sobre gravidez em hemodiálise, as entrevistadas citaram que engravidar estando em tratamento hemodialítico é perigoso e difícil. É acentuado o medo de engravidar nessas condições e o uso de métodos contraceptivos para evitar uma gravidez indesejada.

Acho que é muito perigoso [...] deve ser péssimo, viu? Eu penso que a gente normal já fica enjoada, imagine grávida. Eu fiz laqueadura, fui obrigada a fazer, não é? (P2)

Eu acho que é difícil, porque já é difícil sem estar grávida. Para mim a hemodiálise é muito difícil. Diz que a gestação é ótima, mas na hora de ter o bebê é que complica, não é? (P7)

Eu uso DIU há cinco anos, a médica disse que vai tirar antes de completar seis para não ter risco, porque tem um prazo. (P12)

Uma entrevistada citou a diálise diária como uma complicação e uma dificuldade enfrentada durante a gestação, outra, demonstrou ter obtido conhecimento por meio da equipe de saúde sobre a gestação na hemodiálise, referindo a necessidade da diálise diária e citando que a gestação é de alto risco, podendo nascer bebês prematuros.

Eu imagino horrível ter que vir todos os dias para cá, a gente já passa mal na gestação, imagina fazendo diálise, você tem que ficar aqui sentada quatro horas, fazendo diálise grávida. Quando a gente está grávida é mais complicado, a gente tem que fazer todos os dias, eu já não aguento fazer segunda, quarta e sexta. Eu não conseguiria vir todos os dias, não posso engravidar de forma nenhuma. (P12)

Já! Que é perigoso, tem que fazer o tratamento todos os dias, gestação de alto risco, bebê prematuro, essas coisas assim. (P10). Referindo já ter sido informada pela equipe de saúde sobre gestação em hemodiálise

Outra citação encontrada nas entrevistas foram os riscos esperados de uma gravidez em diálise, como passar mal e passar a doença para a criança.

A gente já fica passando mal. Não sei não, eu acho que passa tudo para a criança. (P2)

Nas entrevistas, as pacientes relatam suas experiências com a gestação antes de iniciar o tratamento de diálise e imaginam o quanto seria complicado passar por este processo estando em hemodiálise.

Na minha gestação eu não tive diálise, mas acho que para a gestante é bem mais complicado. Para a gente que não tem nada, está só com o problema e não tem gestação já é difícil. Eu quando comecei a fazer, não conseguia ficar quatro horas do jeito que eu estou aqui, do mesmo jeito, não é? (P4)

Eu nem imaginava que estava grávida, que era perigoso [...] eu sofria tanto com aquelas injeções. (P2)

[...] fazendo tratamento, ainda corro o risco de passar tudo o que eu passei. (P3) Paciente se referindo a ter uma nova gestação após perder a primeira.

A maioria das entrevistadas, quando perguntado se ainda menstruavam, relataram amenorreia ou dismenorreia após o início da hemodiálise, sendo um indicativo de infertilidade. Algumas ainda menstruam normalmente.

Depois que eu fiz a laqueadura, nunca mais. (P2)

Eu menstruo normal, uma vez por mês, é bastante depois que eu coloquei o DIU. (P12)

Quando eu fiz hemodiálise já parou. Aí quando voltou a funcionar os rins, voltou a menstruação. Aí ficou três meses mais ou menos. Aí parou de novo, a menstruação parou junto. Deve ter uns cinco meses que eu não menstruo. (P7)

Pouco [...] não, não é todo mês não, acho que um mês sim e alguns não assim por exemplo três meses, quatro meses sim... (P10)

5.2.4 Categoria 4: Sentimento de perda: a descoberta da doença

Ao descobrir a doença crônica e compreender a necessidade da realização do tratamento por meio da hemodiálise, surge um emaranhado de sentimentos entre as mulheres entrevistadas e após a descoberta vem a negação e a resistência ao tratamento e conseqüentemente a depressão e a necessidade de acompanhamento especializado.

[...] não sabia que tinha problema de rim fui saber depois que eu fui pra Salvador fazer exame essas coisas, eu estava bem doente, quase morta. (P14)

Tudo o que eu sentia era devido a gravidez, depois de eu ganhar, de dar à luz a ela foi que eu fui descobrir que eu tinha problema do rim, foi a causa de eu vim para cá porque onde eu morava não tinha tratamento. (P11)

Foi difícil aceitar o tratamento porque eu não aceitava ser daquele jeito. Todos os dias. (P10) Paciente relatando quando iniciou o tratamento durante gestação

Depois dessa hemodiálise eu nunca pensei que ia fazer isso não. Eu estava começando a ficar com depressão. Teve até acompanhamento com psicólogo. (P2)

[...]E descobri que eu tinha problema de rins, ainda resisti para não fazer hemodiálise, mas não teve jeito, aí hoje estou aqui. (P12)

Sentimentos diversos foram encontrados nos depoimentos das entrevistadas como o medo de ter filho, o sentimento de perda e o receio de transplantar.

Não. Para ter filho não, porque eu sei que não posso. Mesmo fazendo hemodiálise, é perigoso depois do transplante mais ainda porque você tem que cuidar do rim que você recebeu. Então, para mim não. (P6)

Eu acho que não porque eu sou meia covarde e seria bem doloroso ter um bebe na barriga por uns quatro meses se apegar a ele e depois perder. (P13) Medo de ter filho

Eu engravidei nesse período da outra vez que estava fazendo hemodiálise, aí eu perdi. (P15) Sentimento de perda

Aí ele tem medo assim, porque meu pai conta que já fez hemodiálise. Hoje meu pai não faz mais. Minha mãe reclama de dor nos rins [...]. Aí vai que acontece uma dessa aqui com ele e está só com um rim? (P3) Medo relacionado ao transplante.

Uma paciente citou a adoção como uma opção para ter filhos, visto que tem medo dos riscos que poderia enfrentar devido a doença crônica e o seu tratamento.

[...] aí eu acho que isso não é para mim não, prefiro adotar. (P13)

As pacientes também relataram que sofreram complicações, tais como bebês prematuros, exames e internações durante as gestações, mesmo antes de iniciar o tratamento em hemodiálise.

[...] Só não fazia hemodiálise. Mas eu já era doente já. Só que eu fazia acompanhamento com a Nefrologia lá. A médica de lá. Aí foi a gravidez todinha fazendo exames [...] aí eu passei dez dias ainda internada. (P5)

Foi tudo bem e a [...] eu planejei, mas ela nasceu também de seis meses aí eu fiquei dois meses internada. (P12)

[...] através desse problema do rim foi através da minha primeira gravidez. Aí eu fiquei internada em Salvador dois meses, por que ele nasceu de sete meses, agora as outras não, as outras foram tranquilas. (P14)

As duas foram bem, só a da [...] que comecei a fazer hemodiálise porque vim para cá eu estava de cinco meses, seis meses tiraram ela por causa da hemodiálise. (P10)

Mesmo diante de tantas complicações, uma entrevistada relata que se arriscaria em tentar uma nova gravidez e não utiliza nenhum método contraceptivo, pois acha que tem menos chance de engravidar

Eu gostaria de ter outro [...] arriscaria. Não uso nenhum método, quem faz hemodiálise tem menos chance de engravidar. (P10)

Quando perguntado se as pacientes receberam informações da equipe sobre gravidez em hemodiálise, a maioria demonstrou não ter conhecimento algum a respeito de gravidez durante o tratamento dialítico e não recebeu essas informações por meio da equipe de saúde.

Informou não... que eu me lembre não! Não sei nada. Não me falaram nada não. (P8)

Não! Nunca ouvi falar! Não sei nada sobre isso não... (P9)

As pacientes que tinham algum conhecimento pela equipe de saúde ou por outras fontes como outras pessoas e internet, em seus depoimentos citaram: palavras como risco, perigoso, prematuro, dialisar todos os dias e evitar a gravidez.

[...] Claro que eu não poderia engravidar, mas fiquei sabendo por outras pessoas mesmo e pela internet. (P7)

Falaram que é perigoso, para a gente evitar ou tomar remédio ou usar preservativo para não ter porque é risco. (P6)

Só falaram que às vezes nasce e às vezes não nasce. Só isso! Que nasce prematuro e que tem que dialisar todos os dias. (P15)

Os resultados demonstraram que as entrevistadas associam a maternidade com o equilíbrio familiar e o desejo da maioria das mulheres, porém, diante da doença renal, surgem sentimentos ambíguos e muitas incertezas sobre o futuro, deste modo, as mulheres em tratamento hemodialítico se apegam na esperança de cura e o transplante é citado muitas vezes como um caminho de volta à normalidade.

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo, a discussão dos resultados encontrados no presente estudo é apresentada de acordo com a disposição no capítulo de resultados: características clínicas e sociodemográficas, limitações na vida diária, sentimentos ambíguos sobre a maternidade, sentimentos com a gravidez e sentimento de perda: a descoberta da doença.

6.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS

Todas as pacientes selecionadas tinham diagnóstico de IRC. De acordo com Romão JR (2013), estima-se que cerca de um milhão de pessoas sejam mantidas em terapia de substituição renal e a taxa de prevalência para mulheres adultas na população urbana brasileira é de 41,1%. De acordo com os dados do censo da SBN (2013), 42% dos pacientes em hemodiálise são do sexo feminino.

Nota-se que a hipertensão arterial foi a principal enfermidade associada encontrada no estudo, totalizando 10 pacientes (62,5%). De acordo com Manfredi (2013), o crescimento da incidência de doenças crônicas como diabetes, obesidade e hipertensão arterial sistêmica está relacionado com o aumento da prevalência da DRC, tornando-se um dos principais pontos de atenção da saúde pública.

A nefrite lúpica foi a segunda maior causa de associação com a DRC, Vellanki (2013), relata que a nefrite lúpica está entre as causas mais variáveis e perigosas de doenças renais que afetam mulheres grávidas. Kirsztajn (2011), ressalta que a nefrite lúpica é a causa mais frequente de glomerulopatias secundárias submetidas à biópsia renal no Brasil. O lúpus é visto frequentemente em mulheres em idade fértil, até 75% das pacientes com lúpus têm evidência de doença renal, sendo associada ao aumento do risco de mortalidade materna, cesariana, parto prematuro e pré-eclâmpsia. A mortalidade materna é mais frequente em pacientes com a doença ativa e a taxa de perda fetal pode ser maior do que 50% em pacientes com a doença renal ativa (SMYTH et al, 2013).

O tempo de diálise encontrado na pesquisa foi bastante variado, de um mês a onze anos de tratamento, comparando com o conhecimento a respeito de gravidez em tratamento hemodialítico, as pacientes com mais tempo de hemodiálise tiveram maior conhecimento, esse fato pode ser atribuído ao tempo hábil para obter informações pela equipe ou por outra fonte.

Das dezesseis (100%) pacientes entrevistadas, onze (68,75%) pacientes não tinham conhecimento algum sobre gestação em hemodiálise. De acordo com Bertolin et al (2008), o conhecimento das relações sobre os modos de enfrentamento dos pacientes em hemodiálise é fundamental para a efetividade deste processo.

Das 16 mulheres estudadas, apenas 1 (6,25%) estava gestante no momento da entrevista, conforme exposto anteriormente, a taxa de gravidez em pacientes submetidas à hemodiálise é de 1 a 7% (CZERPAK et al, 2012); (RAMOS et al, 2011). Verifica-se que a frequência de gravidez em mulheres em hemodiálise é baixa.

Em relação ao tipo de acesso para hemodiálise, a metade das pacientes possuíam CDL e tinham menos de 6 meses de diálise. Segundo Nicole e Tronchin (2011), foi encontrado em um estudo que na impossibilidade de confecção de fístula arteriovenosa, o cateter de duplo lúmen é indicado. Leite et al (2014), relatam que os CDL de curta permanência são utilizados em situações de emergência e os de longa permanência estão indicados quando outras vias já não são possíveis e que a incidência de infecção relacionada ao uso de cateter para hemodiálise está relacionada, principalmente, ao tempo de cateter e ao número de sessões de hemodiálise. O tempo de funcionalidade da FAV é em torno de quatro anos, das próteses é de dois anos e do CDL é de nove meses, desta forma, no presente estudo, a presença de CDL nas pacientes com menos de 6 meses pode ser justificada pelo fato de estarem recentemente em tratamento dialítico.

A idade variou entre 18 e 45 anos, média de 32,5 anos. De acordo com o Ministério da Saúde, BRASIL (2011), as mulheres em idade reprodutiva de 10 a 49 anos, representam 65% do total da população feminina, constituindo um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde e de acordo com o censo da SBN (2013), 62,6% dos pacientes em hemodiálise têm entre 19 e 64 anos. Em estudo realizado por Espinoza et al (2013), em 27 anos, ocorreram 6 casos de gravidez com necessidade de tratamento hemodialítico, destes, a média de idade das mulheres foi de 31,6 anos.

Entre as pacientes que não tinham um companheiro, 4 tinham filhos e relatavam dificuldades no enfrentamento da doença. Segundo Pereira (2013), a saúde do indivíduo está associada ao estado civil, casados apresentam melhores níveis de saúde e a família é sinônimo de proteção e segurança.

A ocupação foi bastante variada, porém todas referem atividades limitadas após o início do tratamento e percebeu-se que entre as pacientes que ainda preservavam alguma ocupação, todas exerciam atividades informais. No estudo de Frazão et al (2011), sobre qualidade de vida em pacientes submetidos à hemodiálise, 93% dos pacientes referiram não

trabalhar. Segundo Cavalcante et al (2013), um estudo constatou que após tratamento dialítico, os pacientes necessitavam de duas horas para se recuperarem e que a presença de sintomas físicos estava associada a dificuldades em manter o emprego, bem como limitações para o trabalho informal. Outra limitação importante a ser considerada é a presença das pacientes nas clínicas de hemodiálise três vezes por semana em períodos de quatro horas por dia, prejudicando desta forma, atividades como o trabalho e o estudo. Para Frazão et al (2011), a realização de atividades funcionais depende da condição física a qual está bastante comprometida nos pacientes em hemodiálise e a não realização de atividades não remuneradas ocasiona distúrbios psicológicos que interferem na evolução clínica dos pacientes.

Entretanto, em um estudo citado por Bertolin et al (2011), os modos de enfrentamento focados na emoção demonstraram relação positiva com o trabalho; as pessoas que trabalhavam tiveram menos depressão, as mulheres eram menos ansiosas e acrescentaram que as pessoas que trabalham apresentam melhor suporte social e melhor adesão ao tratamento e conseqüentemente, menores taxas de morbidade e mortalidade.

A maioria das pacientes entrevistadas (62,5%) não tinha o ensino médio completo e grande parte das pacientes tinham entre 2 e 3 salários mínimos. Segundo Pereira (2013), renda, ocupação e instrução estão estreitamente relacionados e pessoas com baixo nível socioeconômico, geralmente, apresentam piores condições de saúde. Levando em consideração que essa pesquisa foi realizada no sistema público de saúde, questões inerentes a renda e grau de escolaridade inferiores poderão ser mais recorrentes.

Quanto à religião, 94% das pacientes tinham uma religião, entre protestante e católica, em conformidade com o estudo realizado por Frazão et al (2011), onde 84% dos pacientes revelaram ter religião. Em um estudo com 123 pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico, o sexo feminino e a prática religiosa apresentaram-se como variáveis que influenciaram positivamente no enfrentamento da doença (VALCANTI et al., 2012). Frazão et al (2011) relatam que participantes de crenças religiosas têm uma vida psicossocial mais saudável, por ficarem menos tempo sozinhas, diminuindo a ansiedade, tensão e agressividade.

Quanto à naturalidade, foram observadas oito (50%) pacientes procedentes da região nordeste, sete (43,75%) da região centro-oeste, do Brasil, e uma (6,25%) paciente proveniente do Peru. Segundo o censo da SBN (2013), a taxa de prevalência estimada de pacientes em diálise por região é de 589 pacientes na região centro-oeste e 358 pacientes na região nordeste.

Verifica-se uma desigualdade assistencial bastante acentuada nas taxas de prevalência no Brasil, onde são encontrados valores muito baixos nas Regiões Norte e Nordeste quando comparados com altas taxas nas Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul. A prevalência da DRC dialítica depende da qualidade do sistema de saúde do local, tanto da assistência básica por meio do diagnóstico precoce, quanto da assistência terciária com o programa de terapia renal substitutiva (ROMÃO JR, 2013).

A procedência de pacientes fora da região centro-oeste pode ser devido a sua característica imigratória ou até mesmo pela qualidade da assistência local.

6.2 LIMITAÇÕES NA VIDA DIÁRIA

No que se refere às limitações das atividades de vida diária das pacientes entrevistadas, foram encontradas diversas categorias, tais como, restrições físicas, alimentares, sociais, sexuais, ocupacionais e de autoimagem. Corroborando com estudo realizado por Silva et al., (2011), onde relatam que dentre as mudanças ocorridas na vida de pacientes submetidos à hemodiálise, foram citadas: as restrições dos hábitos alimentares e hídricos, a incapacidade ou a limitação das atividades profissionais, físicas e de lazer.

Segundo Bertolin (2008), na IRC, o paciente vivencia um estresse emocional intenso, resultante das mudanças em sua vida e os estressores mais comuns são: restrição de líquidos e alimentos, câibras musculares, incerteza sobre o futuro, interferências no trabalho, mudanças na estrutura familiar, medo de ficar sozinho e distúrbios do sono.

Para Valle et al (2013), a condição de paciente renal crônico em hemodiálise é fonte de estresse permanente, podendo levar o paciente ao isolamento social, à perda da capacidade laboral, à parcial incapacidade de locomoção e lazer, à diminuição da atividade física, à perda da autonomia, a alterações da imagem corporal, e, ainda, a um sentimento ambíguo entre o medo de viver e o de morrer.

Em pesquisa feita por Cavalcante et al (2013), sobre fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise, os níveis mais baixos de qualidade de vida foram situação ocupacional, peso da doença renal, saúde geral, satisfação do paciente e função física. E os resultados do estudo de Santos et al., (2013) referente a associação entre qualidade de vida e aspectos nutricionais em pacientes renais crônicos em hemodiálise, evidenciaram que a

dimensão com maior comprometimento foi a limitação por aspectos físicos, seguida de limitação por aspectos emocionais e estado geral de saúde.

As pacientes entrevistadas referem que pararam de estudar ou trabalhar em decorrência do tratamento dialítico, devido a fatores como sessões contínuas de diálise, três vezes por semana e quatro horas por dia, ou mesmo fatores físicos, como fadiga e fraqueza, o que interromperia os períodos de trabalho e conseqüentemente, a vida social. Segundo Silva et al., (2011), as alterações identificadas no processo de viver dos pacientes submetidos à hemodiálise são também evidenciadas nas mudanças de vida social e ocupacional, influenciando na qualidade de vida desses pacientes.

A restrição alimentar e hídrica está presente em muitos relatos da população do estudo como uma limitação do contexto atual de saúde em que se encontram, percebemos que essa limitação prejudica muito a qualidade de vida dessas pacientes, pois promove insatisfação, tristeza e fraqueza. Assim como visto no estudo de Santos et al., (2013), que verificaram que o consumo calórico está associado a capacidade funcional, vitalidade e limitação por aspectos físicos e emocionais e pode influenciar diretamente na qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise estudados.

Foi verificado por Baxmann (2011), que pacientes dialíticos apresentam alta prevalência de desnutrição causada por uremia, dietas muito restritas ou pouco toleráveis e doenças associadas ou intercorrentes. A redução de sódio pode auxiliar no controle da hipertensão, assim como a restrição hídrica, que está baseada no volume urinário de 24 horas acrescido de 500ml, necessita de reavaliação conforme diurese.

Com a doença renal crônica e o seu tratamento dialítico, encontramos entre as pacientes entrevistadas, assim como na literatura, limitações que interferem na sua qualidade de vida, prejudicando suas atividades diárias, nesse contexto, foi citado a influência positiva do apoio da família no tratamento. Silva et al., (2011) defendem que o apoio familiar e profissional é fundamental na superação das limitações e na readaptação a nova rotina de vida, levando o paciente a encarar o tratamento como decisivo para a sua qualidade de vida.

Além de todas as limitações citadas, no caso da mulher em idade fértil, há o risco de gravidez durante o tratamento ou a restrição da gravidez por amenorreia/esterilidade, com a possibilidade reduzida de uma gestação a termo, comprometendo a imagem da mãe-mulher, considerando a maternidade um componente da identidade feminina (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Segundo Cabral (2009), a capacidade reprodutiva da mulher fica reduzida quando em tratamento dialítico, devido às alterações hormonais, aos distúrbios da ovulação e menstruais.

A doença e o seu tratamento afetam principalmente o bem-estar psíquico, suas relações familiares e o ambiente social e profissional. Algumas mulheres não aceitam a patologia e consideram a gestação e o parto como uma evidência de normalidade, sendo necessária uma abordagem de gestação de alto risco para reforçar que há uma anormalidade e para o controle das condições preexistentes. É comum um comportamento não cooperativo que pode levar a dificuldades de convivência com o companheiro, com a família e com a própria equipe de saúde (OLIVEIRA et al., 2007).

Outro aspecto importante, segundo Afonso e Maceiras (2012), é a alteração da autoimagem, fator psicológico comum, considerando a beleza corporal como fator cultural presente e valorizado, a doença crônica contrapõe a essa representação social e compromete a perfeição e a integridade do portador de doença renal. Com a doença renal crônica e a inserção do acesso venoso, o paciente passa a depender do cuidado dos profissionais de saúde na realização dos procedimentos, podendo ocorrer alterações corporais que condicionam até mesmo o modo de vestir. Para Oliveira et al (2007), a condição crônica leva a mulher a ter uma imagem negativa de si, originando exagero dos distúrbios referentes a imagem corporal, ou à persistência de temores e fantasias negativas.

Outra questão encontrada nas entrevistas foi a diminuição da libido, declarada por algumas mulheres. De acordo com Fermi (2011), ocorre a diminuição da libido e infertilidade em pacientes com doença renal. Para Oliveira et al (2007), a infertilidade promove o estresse e leva, muitas vezes, ao isolamento e a conflitos familiares.

Para o portador de doença renal crônica, a hemodiálise se torna um tratamento necessário para aliviar os sintomas e evitar complicações, prolongando a sobrevivência, porém, o tratamento limita o seu dia a dia, exigindo alterações alimentares, mudanças nas atividades físicas e do trabalho, além de impossibilitar passeios e viagens, devido a periodicidade e a complexidade das sessões de hemodiálise. Considerando todas essas questões, o paciente alimenta a esperança de cura por meio do transplante (TERRA et al., 2010).

A esperança de cura e o transplante foram amplamente citados no presente estudo, assim como visto nos estudos de Lopes e Silva (2014), onde as pacientes relataram o transplante como a melhor opção de tratamento para a busca da normalidade, possibilitando o retorno ao trabalho, aos estudos, ao lazer e aos serviços domésticos, representando qualidade de vida e resgate da liberdade para viver.

6.3 SENTIMENTOS AMBÍGUOS SOBRE A MATERNIDADE

Nas entrevistas, as pacientes relataram a maternidade como algo importante na vida da mulher e demonstraram o desejo de ser mãe e de cumprir o papel social na família, nesse sentido, ter um filho significa estar inserido na sociedade uma vez que representa uma cobrança familiar, social, cultural e religiosa. De acordo com Sampaio et al (2008), a maternidade é representada socialmente por afetos dos sujeitos envolvidos e a partir do conceito de ser mãe, são orientadas as relações sociais entre mãe e filho assim como a própria identidade de ser mulher.

No estudo realizado por Oliveira et al (2007), com mulheres em idade fértil em hemodiálise, verificou-se que a maternidade é uma questão central na vida delas, visto que para a sociedade a maternidade tem significado histórico, social e cultural. Para essas mulheres a maternidade é sinônimo de doação e amor e a impossibilidade da gravidez origina um sentimento de frustração.

Ao mesmo tempo que a maternidade tem um significado positivo em um contexto geral para as mulheres, para as entrevistadas tem um significado ambíguo entre ser importante na vida da mulher e ser perigoso para as pacientes em hemodiálise, surgindo sentimentos como medo e preocupação quando se fala em maternidade associada a doença renal.

De acordo com Nazário e Turato (2007), a maternidade torna-se uma questão ambivalente para as mulheres em idade fértil sob tratamento dialítico, visto que surgem sentimentos que geralmente antagonizam seus desejos relacionados ao instinto materno frente as restrições médicas impostas. Uma gravidez, nestas condições, pode ser percebida como duplamente estigmatizante, considerando que contrapõe o estereótipo imposto pela sociedade, de ser uma mulher de corpo saudável esperando pela maternidade. Apesar dos riscos da gravidez em diálise, muitas mulheres estão determinadas a ter filhos e se apegam a suas crenças religiosas.

Sentimentos ambíguos sobre a gravidez podem ser encontrados tanto em mulheres com doença crônica, como nas identificadas no presente estudo, como em mulheres saudáveis, como encontrado no estudo realizado por Piccinini et al (2008), com gestantes primíparas sem problemas de saúde, onde a gestação foi considerada pelas mulheres como um sentimento de conquista e uma satisfação dos desejos e das “obrigações” e por outro lado, foi manifestado também o sentimento de perda com a gravidez, devido a nova condição psíquica, social e relacional a que ela tem que atender. Diante disto, quando se fala em gravidez, é inevitável falar da ambivalência dos sentimentos das mulheres, pois é muito comum neste

período.

A questão de a mulher não desejar ser mãe e desempenhar o papel maternal é explicado por algum “problema”, como, por exemplo, por um mecanismo de defesa, impedimento orgânico para gerar filhos ou ainda por uma deficiência de caráter, contudo, essa representação social irá depender das relações sociais envolvidas na vida de cada uma (SAMPAIO et al, 2008).

Outro fator que deve ser considerado é o risco de perda do bebê, ao relatarem as experiências de mulheres que sofreram uma perda fetal, renomados autores Quayle (1997); Bartilotti (1998); Soifer (1992), no estudo de Duarte e Turato (2009), citam o surgimento de sentimentos como frustração, impotência, incapacidade e fracasso, gerando conflitos relacionados à identidade feminina e ao papel da mulher na sociedade. A equipe de saúde deve estar atenta e ter a capacidade de atendimento adequado, assim possibilitando uma preparação apropriada do luto pela perda do bebê.

As entrevistadas no presente trabalho relatam que tanto elas quanto suas famílias demonstram esperança de cura e de retorno a uma “vida normal”, principalmente através do transplante. No estudo realizado por Cabral (2009), com quinze pacientes com IRC em hemodiálise, verificou-se que o transplante é considerado como uma esperança de cura promovendo uma independência da hemodiálise, libertação das restrições hídricas e alimentares, recuperação do funcionamento sexual e da fertilidade, com a possibilidade da paternidade/maternidade, ou seja, a recuperação da quase normalidade.

O transplante renal tem grande importância no sentido de futuro e de constituir uma família, pois possibilita a geração de um filho. Estudos apontam para um aumento nas taxas de gestações bem-sucedidas pós transplante, quando devidamente bem acompanhadas nas consultas de pré-natal, por se tratar de gravidez de alto risco (CABRAL, 2009).

6.4 SENTIMENTOS COM A GRAVIDEZ

As pacientes entrevistadas demonstraram medo do desconhecido e dos riscos esperados quando abordada a questão de uma possível gravidez em hemodiálise, além das preocupações provenientes da própria doença crônica e do seu árduo tratamento. Para Valle et al (2013), pacientes crônicos em hemodiálise convivem diariamente com a obrigação de um tratamento doloroso e de longa duração, que provoca complicações que levam a limitações no seu cotidiano, gerando perdas e alterações biopsicossociais que interferem na sua qualidade de

vida.

É compreensível a preocupação das entrevistadas em passar por uma gravidez estando em tratamento dialítico, visto que os riscos existem e podem agravar sua situação atual. De acordo com Oliveira et al (2007), na gestante com insuficiência renal grave, as chances de nascimento a termo são reduzidas e ainda existe a possibilidade de agravamento renal. Ao decidir pela gravidez, a paciente renal deve admitir a possibilidade de ter seu tempo de vida reduzido, de complicação da sua saúde e, ainda, de transmitir ao filho as doenças genéticas ou outras decorrentes do uso de medicamentos.

Ao se deparar com a insuficiência renal crônica e suas limitações frente aos desejos e realizações pessoais, como por exemplo, engravidar, as pacientes suscitam um imaginário com diversas situações que podem ou não condizer com a realidade do quadro. Algumas encaram como algo normal e natural, outras imaginam a impossibilidade da situação frente às complicações. Segundo Camon (2012), a crise é uma ameaça ao equilíbrio natural ou a harmonia existencial de um sujeito, pois revela a precariedade de uma condição anterior, gerando um confronto entre o sofrimento vivenciado e a idealização da plenitude existencial, onde, na maioria das vezes, não há espaço para o surgimento da possibilidade do adoecer.

Embora o tratamento tenha evoluído muito ao longo dos anos, ainda há, entre as mulheres com IRC, o problema da baixa capacidade reprodutiva em comparação com as normais. Alterações hormonais, transtornos menstruais e de ovulação, função sexual diminuída e fertilidade reduzida são os fatores responsáveis por este problema. Em acréscimo, ainda sucedem os riscos após a concepção, tais como o aumento da pressão sanguínea, a anemia e as alterações imunológicas. Estas condições contraindicam uma gravidez e são denominadas de “restrição à maternidade”, conseqüentemente uma gravidez é considerada um risco materno-fetal importante para o prognóstico de pacientes nefropatas (NAZARIO e TURATO, 2007).

A gravidez em pacientes em diálise é um evento raro devido a alterações hormonais associadas ao seu tratamento e também a baixa libido e ao alto nível de estresse nas mulheres afetadas. No entanto, mudanças na terapia de substituição renal e os avanços nas técnicas de diálise têm permitido um aumento na fertilidade nestas mulheres (SUAREZ et al, 2015).

A fim de melhorar os resultados perinatais, várias diretrizes para a terapia de substituição renal foram desenvolvidas, incluindo a atenção a creatinina na pré-concepção; indicação precisa de diálise, com aumento do número de procedimentos durante a gravidez (5-7 por semana); aumento da reposição de eritropoietina; severo controle de eletrólitos e da pressão arterial; prevenção de infecção do trato urinário e monitorização fetal adequada.

Compreender o cenário desta condição e o aperfeiçoamento das técnicas de substituição renal nestas mulheres são condições necessárias para atender o aumento dos casos em todo o mundo e para definir procedimentos para um resultado favorável (SUAREZ et al, 2015).

6.5 SENTIMENTOS DE PERDA: A DESCOBERTA DA DOENÇA

Com a descoberta da doença renal crônica as pacientes entrevistadas demonstraram inicialmente uma negação à doença, seguida de medo e revolta com o tratamento. De acordo com Santos e Sebastiani (2012), a angústia frente ao diagnóstico de doença crônica desencadeia reações psíquicas específicas, inicialmente o paciente entra em estado de choque que gera medo, depressão, choro e desespero, sendo um período curto que envolve paciente, família e equipe de saúde. O primeiro estágio emocional frente a doença crônica é a negação, onde o paciente tem a esperança do diagnóstico estar errado, ou abandona o tratamento, agindo como se a doença não existisse. Segue o sentimento de revolta quando já não é mais possível manter a negação.

Da mesma forma, no estudo de Barbosa e Valadares (2009a), com pacientes dependentes de hemodiálise, verificou-se características de negação da realidade vivida com revolta e perda do estímulo à manutenção do equilíbrio. Os pacientes consideraram o tratamento como tortura e perda de tempo por não haver esperança de cura. Já a aceitação foi observada quando os pacientes reconheciam a importância do tratamento e adotavam comportamentos e atitudes para se adaptarem a condição crônica.

No ambiente hospitalar, o paciente está sujeito a procedimentos invasivos, a não ter a sua privacidade preservada, a ser retirado do convívio familiar e a ter que conviver em ambiente de doenças, sofrimentos, dores e morte, com isso, há uma perda significativa de sua identidade, pertences e hábitos (GASPAR, 2011). De acordo com Santos e Sebastiani (2012), com o surgimento da doença crônica, a maioria dos pacientes enfrentam a perda de um corpo saudável e ativo e, para muitos, o funcionamento corporal não adequado leva a uma perda da autonomia e da capacidade de agir com independência.

É comum verificar o surgimento da ansiedade e depressão entre as mesmas, segundo Santos e Sebastiani (2012), a depressão reativa é a aflição inicial que o indivíduo com doença crônica é obrigado a se submeter para se preparar para enfrentar a morte do seu ser anterior, já a depressão preparatória, ao invés de se preocupar com perdas passadas, leva em conta perdas iminentes, no paciente crônico, está ligada à morte simbólica e às perdas impostas em caráter

permanente pela doença. Segundo Costa et al (2014), em estudo realizado com pacientes em hemodiálise, 20% dos participantes apresentaram depressão.

Diante do adoecimento, é comum o medo que precede um procedimento invasivo ou a ansiedade que surge após a comunicação do diagnóstico ou prognóstico da doença, na maioria das vezes essa ansiedade não é patológica, trata-se de uma reação normal esperada ao estresse (GASPAR, 2011).

Justifica-se o medo das entrevistadas de engravidar na situação em que se encontram, pois convivem com diversos sentimentos, principalmente o medo de ter um filho diante da incerteza do seu próprio futuro. Segundo Frazão (2011), pacientes em hemodiálise enfrentam sentimento de tristeza, fraqueza e incerteza. A tristeza está relacionada a doença, ao tratamento e as mudanças no cotidiano, como por exemplo sentir-se fadigado e incapaz de participar de reuniões familiares e sociais. A incerteza e o medo estão relacionados com a vida, a morte, a diálise e o futuro.

Outra questão importante que surgiu nas entrevistas foi que embora o transplante seja visto como uma esperança de cura e de uma vida com maior qualidade, existe entre elas o medo de insucesso no procedimento e o receio de não ter um doador ou de o mesmo perder o rim, assim como verificado no estudo de Knihš et al (2013), onde foram referidas preocupações como: o risco do transplante, as intercorrências advindas das sessões de hemodiálise e o medo de não aparecer um doador compatível ou, por conhecerem outros colegas que realizaram o procedimento e tiveram sérias complicações.

As pacientes demonstraram que não tinham conhecimento a respeito de suas condições de saúde, do seu tratamento e relataram não terem sido informadas pela equipe multidisciplinar. Assim como visto no estudo realizado por Cesarino et al (2009), a respeito do grau de satisfação de pacientes renais crônicos em hemodiálise, verificou-se que a assistência de enfermagem foi considerada satisfatória, porém, 54,3% dos pacientes alegaram receberem poucas informações relevantes e de ensino em relação ao tratamento.

Verifica-se a necessidade de uma atuação mais efetiva nesse processo por parte dos enfermeiros, com orientações sobre os riscos, complicações, possibilidades e formas de adaptação frente a doença. Para Barbosa e Valadares (2009a), cada indivíduo apresenta uma resposta a uma situação estressora e cabe ao enfermeiro reconhecer as manifestações de enfrentamento das situações vividas pelos pacientes e atuar por meio da educação do paciente frente ao tratamento, pois o conhecimento auxilia no enfrentamento da doença, ajuda na retomada do controle sobre a vida alterada pelo cotidiano imposto pela doença crônica e a perda da autonomia associada.

Além das atividades educativas, tais como orientações sobre a doença, contraindicações terapêuticas e dietéticas, o enfermeiro deve ainda ampliar seu atendimento para o campo social e psicológico, com estratégias para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, adotando desta forma, um enfoque mais abrangente ao cuidado (BARBOSA E VALADARES, 2009b).

Os profissionais de saúde têm uma considerável importância na atuação com pacientes renais crônicos, a adesão ao tratamento e a aceitação da condição estão relacionados com a forma com que as informações inerentes ao quadro são transmitidas por estes profissionais as suas pacientes. A família também é vista como essencial no apoio ao tratamento. Dessa forma, a paciente terá mais autonomia e conseqüentemente aumento da autoestima, definição do seu papel social e principalmente a capacidade de escolha entre enfrentar ou não os riscos de uma gravidez em hemodiálise.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, constatou-se que a maioria das mulheres têm entre 18 e 39 anos, são casadas, possuem uma religião, são procedentes do Nordeste, possuem baixo nível de escolaridade, bem como, de renda, associados com pouca informação sobre sua situação de saúde.

Partindo do objetivo primário desse trabalho que consistiu em compreender as expectativas e as percepções sobre gravidez e maternidade de mulheres com insuficiência renal crônica em hemodiálise, foi possível perceber que a maioria das entrevistadas consideram a maternidade importante e que esta apresenta um significado positivo na vida das mesmas, além de estar relacionada ao equilíbrio familiar e ao desejo de ser mãe. Em contrapartida, apresentam sentimentos de medo e preocupação, considerando os riscos advindos da doença renal.

A grande expectativa é a esperança de cura, principalmente por meio do transplante renal, significando um modo de enfrentamento da doença para atingir uma melhor qualidade de vida. As que nunca tiveram filhos, apresentam uma esperança de um dia ter condições de saúde para tê-los, algumas se arriscariam mesmo tendo noção das consequências, por desejo, satisfação pessoal e familiar, desafio e até por fatores sociais e culturais. As que já possuem filhos, almejam poder acompanhar o desenvolvimento dos seus filhos e muitas vezes a aderência ao tratamento ocorre pela motivação de poder continuar cuidando da sua família.

Os termos “perigoso” e “difícil” surgiram várias vezes nas entrevistas, o que nos remete a conclusão de que embora exista a vontade de gerar um filho, o medo do prognóstico incerto origina sentimentos ambíguos sobre a maternidade e para evitar uma gravidez de alto risco, o sonho de engravidar muitas vezes é interrompido e o uso de métodos contraceptivos é adotado pelas mulheres que ainda possuem sinais de fertilidade, visto que a própria doença renal pode naturalmente levar à infertilidade.

Como resultado, verificou-se que com a descoberta da doença renal e suas limitações, diversos sentimentos surgiram, tais como: revolta, medo, preocupação e conseqüentemente surge a depressão e a necessidade de acompanhamento especializado. Nesse emaranhado de sentimentos algumas pacientes se confundem em suas expectativas futuras e negam a doença resistindo ao tratamento.

No que diz respeito às atividades cotidianas, tem-se que as pacientes enfrentam limitações diversas, tais como: físicas, sociais, sexuais e de autoestima. As atividades que

antes eram executadas rotineiramente ficaram comprometidas após a doença e o seu tratamento, o que aumenta a ansiedade, a tristeza e a revolta com a sua condição.

As entrevistadas não tinham conhecimento, nem receberam orientações sobre a doença e os riscos inerentes a uma gestação em hemodiálise. Não justificando, no século XXI, com a evolução nos tratamentos e com o aumento de tecnologia em informações, as pacientes com doenças renais não serem informadas do que é a doença, quais as consequências, como agir e viver nessa fase; neste contexto, a equipe multiprofissional é de suma importância no transcorrer do tratamento, uma vez que podem evitar transtornos e complicações na vida das pacientes, por meio de orientações e acompanhamentos adequados.

As limitações encontradas no estudo foram: estado emocional das pacientes no momento da entrevista, dificuldade de encontrar as entrevistadas devido aos dias específicos e alternados de tratamento, bem como, as condições do ambiente nos locais das entrevistas, como por exemplo, ruídos diversos.

Sugere-se mais estudos acerca da terapia ideal para gestantes, maiores definições dos riscos esperados e uma maior interação entre a equipe multiprofissional, pacientes e familiares para que o tratamento seja realizado de maneira mais efetiva e humanizada, principalmente por meio de informações a respeito do quadro de saúde, suas complicações e consequências, para que assim as mesmas possam tomar decisões quanto à gestação nesse tratamento tão delicado e incerto em suas vidas. Um adequado planejamento familiar é extremamente relevante para que as pacientes se envolvam com o tratamento.

8. REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

AFONSO, A.; MACEIRAS, M.J. **Sexualidade e pessoa com doença renal crônica em hemodiálise** Actas do 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. 1ª ed. Lisboa: editora placebo. Fevereiro, 2012.

ALLON, M.; WORK, J. Acesso vascular para hemodiálise. In DAUGIRDAS, J.T.; BLAKE, P.G.; ING, T.S. **Manual de diálise**.4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013. cap. 06. p. 83-98.

BARBOSA, G.S.; VALADARES, G.V. **Hemodiálise: estilo de vida e a adaptação do paciente**. Acta Paul Enferm., v. 22 (Especial-Nefrologia), p. 524-7, 2009.

BARBOSA, G.S.; VALADARES, G.V. **Experimentando atitudes e sentimentos: o cotidiano hemodialítico como base para o cuidar em enfermagem**. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jan-mar; 13 (1): 17-23. B

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**.7ª ed. Editora Almedina, 2011. p. 235-245.

BASTOS, M.G. Prevenção da doença renal crônica. In: RIELLA, M.C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 5ª ed, 2010. cap.43. p. 815-826.

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

BAXMANN, A.C. Manejo nutricional na doença renal crônica no adulto. In: MALAGUTTI, W.; FERRAZ, R.R.N. **Nefrologia: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011. p. 205-222.

BERTOLIN, D.C. et al. **Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodialítico: revisão integrativa da literatura**. Acta Paul Enferm, 21 (Número especial), p. 179-86, 2008.

BERTOLIN, D.C. et al. **Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica**. Rev. esc. Enferm, 45 (5), p.1070-1076, maio-nov. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. 2013. Modo de acesso: World Wide Web: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf>

CABRAL, H.F. **Idealizar o amanhã: vivendo entre a esperança e a desesperança num transplante renal**. Cuidarte enfermagem, 3(2): p. 113-119, jul-dez, 2009.

CAMON, A.V.A. O imaginário e o adoecer. Um esboço de pequenas grandes dúvidas. In: ANGEROMI-CAMON, V.A. et al. **A psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Cengage learning, 2012. cap.4.p.181-213.

CAVALCANTE, MC. et al. **Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil**. J. Bras. Nefrologia, 35 (2), p. 79-86, jun, 2013.

CESARINO, C.B. et al. **Avaliação do grau de satisfação de pacientes renais crônicos em hemodiálise**. Acta Paul Enferm, 22 (Especial-Nefrologia), p. 519-23, 2009.

CHEUNG, K.L.; LAFAYETTE, R.A. **Renal Physiology of Pregnancy**. Advances in Chronic Kidney Disease, v. 20, n. 3, p. 209-214, May, 2013.

CHINNAPPA, V. et al. **Chronic kidney disease in pregnancy**. International Journal of Obstetric Anesthesia. n. 22, p. 223–230, 2013.

COSTA, F.G.; COUTINHO, M.P.L.; SANTADA, I.O. **Insuficiência renal crônica: representações sociais de pacientes com e sem depressão**. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 19, n. 3, p. 387-398, set./dez. 2014. Disponível em www.scielo.br <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712014019003002>

CZERPAK, K.R.F. **Pregnancy in women on chronic dialysis: a review**. Nefrologia, v.32, n. 3, p. 287-294, 2012.

DINIZ, D.P. Aspectos psicológicos envolvidos nos pacientes com patologias renais. In: BARROS, E et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Editora Artmed. 3ª ed., 2006. cap.38. p. 587-595.

DUARTE, C.A.M.; TURATO, E.R. **Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 3, p. 485-490, jul./set. 2009.

ESPINOZA, F. **Embarazos exitosos en hemodiálisis crónica: experiencia de un único centro**. Rev Med Chile, v.141, p. 1003-1009, 2013.

FERMI, M.R.V. **Diálise para enfermagem. Guia prático**. 2ª ed. Editora Guanabara Koogan, p. 136-143, 2011.

FIGUEIREDO, C.E.P. Nefropatia e gestação. In: RIELLA, M.C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 5ª ed. 2010. cap.27. p. 540-555.

FRAZÃO, C.M.F.; RAMOS, V.P.; LIRA, A.L.B. **Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 577-582, out/dez, 2011.

FRAZÃO, C.M.F. et al. **Alterações no modo autoconceito de mulheres submetidas à hemodiálise: um estudo descritivo**. Online braz j nurs. 2014 Jun; 13 (2): 219-26. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4209>

FREDETTE, A.C.N. et al. **End-Stage Renal Disease and Pregnancy Advances in Chronic Kidney Disease**, Vol 20, No 3 (May), 2013: pp 246-252

GASPAR, K.C. Psicologia hospitalar e a Oncologia. In: VASCONCELLOS, E.G. et al. **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Editora Cengage learning, 2ª ed. 2011. Cap.3.p. 79-123.

GÓES JR, M. A. et al. Diálise no paciente com insuficiência renal crônica: hemodiálise e diálise peritoneal. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Editora Artmed. 3ª ed. 2006. cap.27. p. 424-441.

GONÇALVES, L.F. et al. Aspectos clínicos, rotinas e complicações do transplante renal. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Editora Artmed. 3ª ed. 2006. cap.29. p. 455-485.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 11ª ed. 2006. cap. 31. p. 402-415.

HLADUNEWICH, M.A. et al. **Intensive Hemodialysis Associates with Improved Pregnancy Outcomes: A Canadian and United States Cohort Comparison**. J Am Soc Nephrol 25, 2014.

HOLLEY, J.L.; SCHMIDT, R.J. **Changes in Fertility and Hormone Replacement Therapy in Kidney Disease**. Advances in Chronic Kidney Disease, Vol 20, No 3 (May), 2013: pp 240-245.

HOU, S.; GROSSMAN, S. Obstetrícia e ginecologia. In DAUGIRDAS, J.T.; BLAKE, P.G.; ING, T.S. **Manual de diálise**. 4ª ed Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 2013. cap. 40. p. 621-631.

KIRSZTAJN, G.M. **Glomerulopatias: manual prático: uso diário, ambulatório e hospitalar**. São Paulo: Livraria Balieiro. 2011 cap. 14. p. 85-95.

KNIHS, N. S. et al. **A vivência de pacientes que necessitam de transplante renal na espera por um órgão compatível**. Texto Contexto Enferm. 2013 Dec; 22 (4): 1160-1168.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 7ª ed. São Paulo: editora Martins Fontes. 1996.

LEITE, D.S. et al. **Repercussões vasculares do uso de CDL em pacientes hemodialíticos: análise ecográfica dos sítios de inserção**. J. Bras. Nefrol. 2014 Jul-Out; 36 (3): 320-324.

LOPES, S.G.R.; SILVA, D.M.G. **Narrativas de mulheres em hemodiálise: à espera do transplante renal**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Jul-Set; 23(3): 680-7.

LUGON, J.R. MATOS. J.P.S.; WARRAK, E. Hemodiálise. In: RIELLA, M.C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 5ª ed. 2010. cap.53. p. 980-1019.

MANFREDI, S. Orientações de enfermagem para o paciente com doença renal crônica. In: CANZIANI, MEF; KIRSZTAJN, GM. **Doença Renal Crônica: manual prático**. Livraria Balieiro, 2013. cap. 16. p. 211-218.

MANFRO, R. C. et al. Insuficiência renal aguda. In: BARROS, E et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Editora Artmed. 3ª ed. 2006. cap.22. p. 347-364.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NAZARIO, R.C.P.; TURATO, E.R. **Fantasia sobre gravidez e maternidade relatadas por mulheres adultas férteis em hemodiálise, sudeste do Brasil: um estudo clínico-qualitativo**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, Feb, 2007.

NICOLE, A.G.; TRONCHIN, D.M.R. **Indicadores para avaliação do acesso vascular de usuários em hemodiálise**. Rev. esc. enferm. 2011. maio-jun; 45 (1): 206-214.

OLIVEIRA, T.L. et al. **Insuficiência renal crônica e gestação: desejos e possibilidades**. Rev. Min. Enferm., v.11, n.3, jul/set, 2007.

OPAS, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília, 2010.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.p. 187-215; 269-300.

PICCININI, C.A. et al. **Gestação e a constituição da maternidade psicologia em estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

RAMOS, J.G.L. et al. Doença renal na gravidez. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Editora Artmed. 3ª ed. 2006, cap.16. p. 267-287.

RAMOS, J.G.L. et al. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 33. p. 507-521.

RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>, acesso em dezembro de 2013.

RODRIGUEZ, J.G.V. **Hemodiálisis y embarazo: aspectos técnicos**. Cir Ciruj 2010; 78:99-102

ROMÃO JÚNIOR, J.E. Conceituação, classificação e epidemiologia. In: CANZIANI, M.E.F.; KIRSZTAJN, G.M. **Doença Renal Crônica: manual prático**. Livraria Balieiro. cap. 1, p. 1-26, 2013.

SAMPAIO, J.; SANTOS, M.F.S.; SILVA, M.R.F. **A Representação Social da Maternidade de Crianças em Idade Escolar**. Psicologia ciência e profissão, 2008, 28 (1), 174-185

SAMPIERI, R.H.; CALLADO, C.F.; LUCIO, M.P.B. **Metodologia de pesquisa**. Editora penso, 5ª ed. p. 548-604, 2013.

SANTOS, C.T.S.; SEBASTIANI, R.W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: CAMON, V.A.A. et al. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Cengage learning, 2012. cap. 3. p. 147-180.L

SANTOS, A.C.B. et al. **Associação entre qualidade de vida e estado nutricional em pacientes renais crônicos em hemodiálise**. J Bras Nefrol 2013;35(4):279-288.

SBN, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo 2013**. Disponível em <<http://www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf>>, acesso em abril de 2015.

SCHMIDT, M.I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. Saúde no Brasil. Volume 4. 2011.

SCHMITZ, P.G. **Rins: uma abordagem integrada à doença**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2012. cap. 19. p. 239-266.

SCHRIER, R.W. **Manual de Nefrologia**. Editora Novo conceito/saúde, 2008.

SEGURO, A.C.; YU, L. Filtração glomerular. In: RIELLA, M.C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 5ª ed. 2010. cap.03. p.31-37.

SILVA, A.S. et al. **Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise**. Rev Bras Enferm, Brasília, 2011 set-out; 64(5): 839-44.

SMYTH, A.; RADOVIC, M.; GAROVIC, V.D. **Women, Kidney Disease, and Pregnancy. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 2013. set; 20 (5): 402-410.**

SUAREZ, M.B.B. et al. **Pregnancy in women undergoing hemodialysis: case series in a Southeast Brazilian reference center. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2015. ago-out; 37 (1): 5-9.**

TERRA, F.S. et al. **O portador de insuficiência renal crônica e sua dependência ao tratamento hemodialítico: compreensão fenomenológica. *Rev Bras Clin Med* 2010; 8(4):306-10.**

USRDS, UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM, **annual data report: An overview of the epidemiology of kidney disease in the United States.** National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2014.

VALCANTI, C.C. et al. **Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Esc Enferm USP* 2012. maio-nov; 46(4):838-845.**

VALLE, L.S.; SOUZA, V.F.; RIBEIRO, A.M. **Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estudos de psicologia.* Campinas, 2013. jan-março; 30 (1): 131-138.**

VELLANKI, K. **Pregnancy in Chronic Kidney Disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*, v. 20, n. 3 (May), 2013: pp 223-228.**

VIEIRA NETO, O.M. e DANTAS, M. In VIEIRA NETO, O. M. e ABENSUR, H. **Diálise Peritoneal: manual prático: uso diário, ambulatorial e hospitalar.** São Paulo: Livraria Balieiro, 2013. cap. 2. p. 4-7.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014.** Geneva: WHO, 2014. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf. Acesso em abril de 2015.

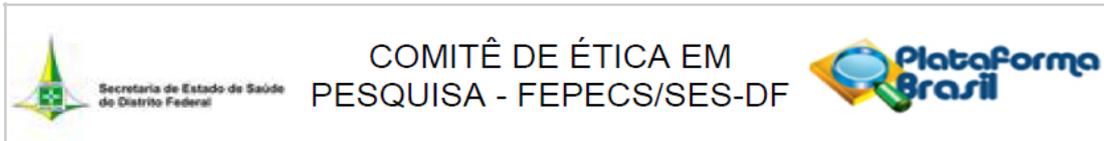
ZATZ, R. Patogênese e fisiopatologia da doença renal crônica (DRC). In: RIELLA, M.C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 5ª ed. 2010. cap.42. p. 804-814.

ZATZ, R.; SEGURO, A.C.; MALNIC, G. **Bases fisiológicas da nefrologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. cap.15. p. 333-360.

ZANLORENCI, V.P. et al. **Gestação na paciente dialítica**. FEMINA, julho, 2009, v. 37, n. 7, p. 349-355.

www.alcestesoftware.com.br/manuais/alceste-complemento.doc. Acesso em 11/06/2015 as 17:47h.

ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Expectativas e percepções sobre gravidez e maternidade de mulheres com insuficiência renal crônica em hemodiálise no sistema de saúde do Distrito Federal.

Pesquisador: Karine Cardoso da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34228514.7.0000.5553

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 820.060

Data da Relatoria: 22/09/2014

Apresentação do Projeto:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado do dia 18/08/2014 do CEP/FEPECS/SES/DF

Objetivo da Pesquisa:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado do dia 18/08/2014 do CEP/FEPECS/SES/DF

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado do dia 18/08/2014 do CEP/FEPECS/SES/DF

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado do dia 18/08/2014 do CEP/FEPECS/SES/DF

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado do dia 18/08/2014 do CEP/FEPECS/SES/DF

Recomendações:

*Solicitamos que o questionário a ser aplicado apresente questões aprofundadas sobre os objetivos a serem pesquisados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências acima atendidas.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 820.060

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 06 de Outubro de 2014

Assinado por:
LUIZ FERNANDO GALVÃO SALINAS
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Expectativas e percepções sobre gravidez e maternidade de mulheres com insuficiência renal crônica em hemodiálise no sistema de saúde do Distrito Federal.

Pesquisador: Karine Cardoso Lemos

Versão: 1

CAAE: 34228514.7.0000.5553

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 064297/2014

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

A Senhora está sendo convidada a participar da pesquisa:

Gravidez e Maternidade em Hemodiálise: Limitações e Sentimentos

O nosso objetivo é compreender as expectativas e percepções das mulheres adultas férteis em tratamento dialítico em relação à gravidez e à maternidade.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A pesquisa não infringe as normas legais e éticas e não foi identificada, até o presente momento, qualquer evidência de riscos para os sujeitos da pesquisa; porém, considera-se a existência de riscos mínimos, principalmente relacionados a algum tipo de desconforto emocional/psicológico que pode surgir a partir de alguma pergunta realizada, a qual possa causar algum constrangimento ou lembranças de alguns momentos negativos e/ou dolorosos no decorrer de sua doença e tratamento.

Ao participar deste estudo a senhora não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo possa contribuir para uma qualificação nos serviços de diálise.

A sua participação será por meio de uma entrevista gravada com perguntas referentes aos seus entendimentos sobre a hemodiálise a ser realizada no setor de nefrologia onde faz o tratamento dialítico na data combinada com um tempo estimado de meia hora. Será respeitado o tempo de cada uma para respondê-lo. Informamos que a senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Setor de hemodiálise da Instituição a qual a senhora pertence podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para a Enf^a Esp. Karine Cardoso da Silva na instituição Hospital Regional de Taguatinga, telefone: (61) 33531060 no horário de 07h00 as 19h00.

Este projeto foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE PESQUISA: ROTEIRO DA ENTREVISTA

“Gravidez e Maternidade em Hemodiálise: Limitações e Sentimentos”

Paciente número	
Data de Nascimento	
Estado Civil	
Escolaridade	
Ocupação	
Religião	
Renda Familiar	
Quantos vivem com a renda	
Número de filhos	
Diagnóstico	
Patologia associada	
Tempo de Hemodiálise	
Gravidez durante tratamento dialítico	()Sim ()Não
Naturalidade	
Tipo de acesso de diálise	

Questões norteadoras para a entrevista

Em sua opinião a maternidade é algo importante na vida da mulher?

Para a senhora o que é ser mãe?

A senhora tem filhos? Como foi a gestação? Planejou tê-lo (os)? Alguma gestação durante o tratamento?

Gostaria de ter um/outra filho mesmo estando em tratamento dialítico? Por quê?

A senhora usa algum método anticoncepcional? Qual? Há quanto tempo?

A equipe de saúde informou à senhora sobre gestação durante o tratamento hemodialítico. O que a senhora sabe a respeito desta condição?

A senhora menstrua? Com que frequência? Como é o fluxo?

Como a senhora imagina que seja o dia-a-dia de uma gestante que faz hemodiálise? E o dia-a-dia de uma mãe que faz hemodiálise?

A senhora tem relações sexuais com o seu marido/namorado?

Alguma atividade ficou comprometida após o início da hemodiálise? Se sim, qual (s)?

Como a senhora se sente após o início da hemodiálise? Quais as suas expectativas e percepções em relação a gravidez e a maternidade?

APÊNDICE C: ANÁLISE DO PROGRAMA ALCESTE VERSÃO 2012

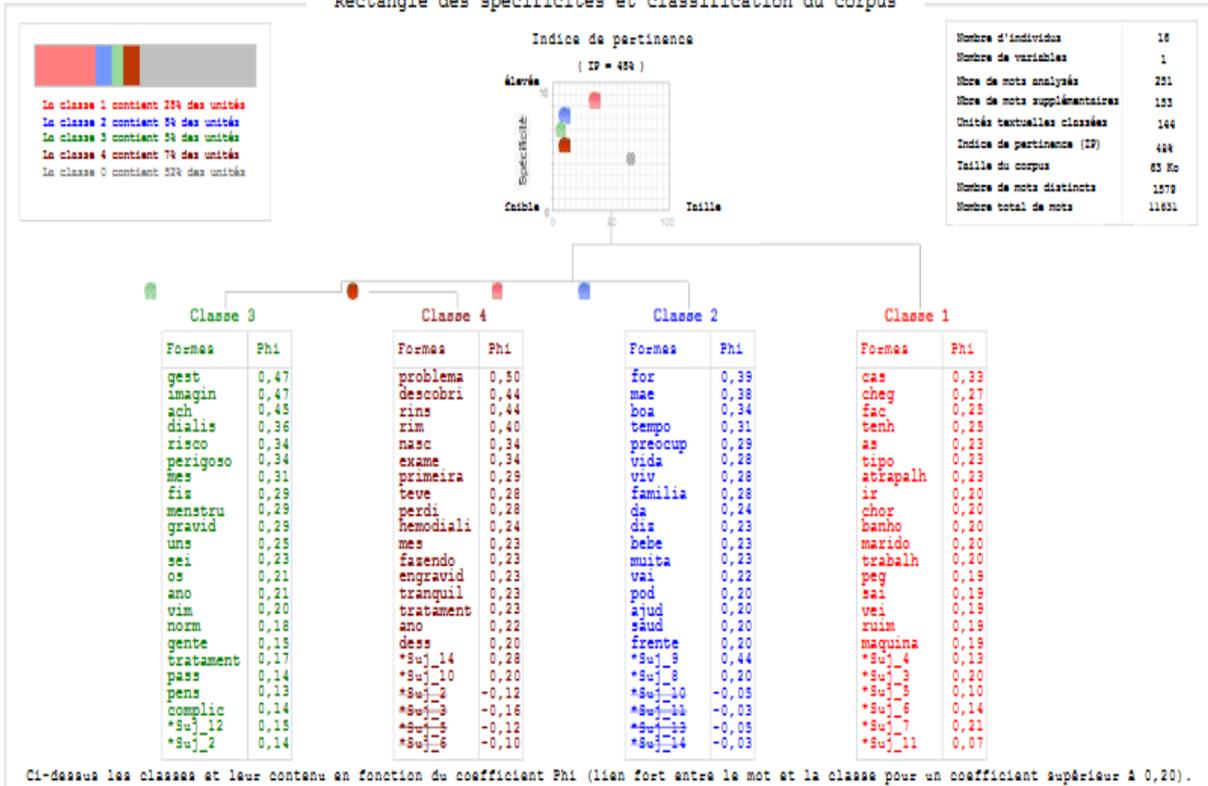
Rapport de synthèse

Texte analysé : CORPUS 2 mercredi 04 mars 2015 à 23 h 14

Le corpus CORPUS 2 a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste en utilisant un paramétrage standard où les valeurs des paramètres sont prédéfinies en fonction de la taille du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, affectue deux classifications successives.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, 484 des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 524 ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 4 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et colorée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 59004 des unités textuelles classées (soit 28% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que *cas*, *cheg*, *fac*, *tenh*, *as*, *tipo*. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 15004 des unités textuelles classées (soit 8% du corpus initial) ses mots significatifs sont *for*, *mae*, *boa*, *tempo*, *preocup*, *vida*. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 11004 des unités textuelles classées (soit 5% du corpus initial) ses mots significatifs sont *gest*, *imagin*, *ach*, *dialis*, *risco*, *perigoso*, puis de la classe 4 qui représente 15004 des unités textuelles classées (soit 7% du corpus initial) marquée par les mots *problema*, *descobri*, *rins*, *rim*, *nasc*, *exame*. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.

Rectangle des spécificités et classification du corpus



Classe n°1

Cette classe est formée de 54 unités textuelles, soit 39004 des unités classées. Les Pronoms tels que eu, me, no, minha, meu, et les Conjonctions et locutions conjonctives tels que que, porque, assim, mas, quando, sont les catégories de mots surreprésentées dans cette classe.

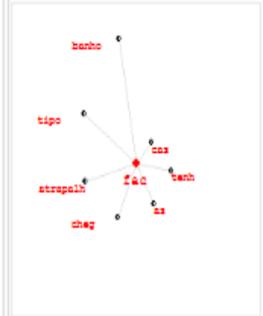
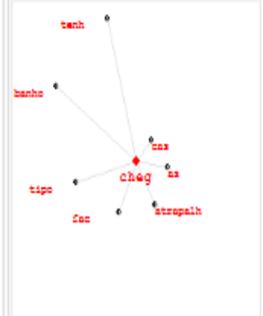
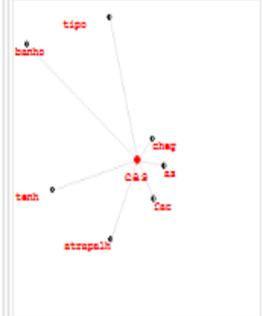
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
na	0,32	35
caa	0,33	33
para	0,29	62
cheg	0,27	19
fac	0,25	16
tenh	0,25	27
as	0,23	24
tipo	0,23	10
atrapalh	0,23	13
ir	0,20	9
chor	0,20	8
banho	0,20	8
marido	0,20	9
trabalh	0,20	14
peg	0,19	8
sai	0,19	7
vai	0,18	7
ruim	0,18	7
quando	0,18	30
maquina	0,19	8
hum	0,16	11
meu	0,17	17
como	0,16	15
dom	0,17	11
gost	0,17	7
coisa	0,15	24
demais	0,17	6
escola	0,17	7
cateter	0,17	6
vontade	0,16	5
em	0,14	21
no	0,15	24
*Suj_4	0,13	13
*Suj_3	0,20	16
*Suj_5	0,10	9
*Suj_6	0,14	7
*Suj_7	0,21	9
*Suj_11	0,07	1
*Suj_13	0,10	2
*Suj_15	0,14	4
Mots absents	Phi	Freq.
problema	-0,30	1
A	-0,28	3
sim	-0,28	0
dois	-0,28	0
tinha	-0,27	4
mas	-0,26	3
rins	-0,26	0
*Suj_9	-0,26	0
*Suj_8	-0,07	1

Unités textuelles de la classe 1

ai, minha sogra vai começar a trabalhar segunda-feira. assim, meu marido esta sem trabalhar. eu todo dia passagem, passagem. eu nao estou tendo nem um apoio, assim, de nada. minha tia que veio do maranhao. foi. so que ela tem que ir embora porque o marido dela tambem esta la. nao. so em casa mesmo. saia demais. agora nao tenho vontade de sair para lugar nenhum. sinceramente. porque todo mundo fica olhando para esse negocio. principalmente psicologico, assim. fica, porque a gente vai, o pessoal fica olhando, assim. pelega para nao dar resposta. cheguei aqui bastante ruim. falta de ar. debilitada mesmo. ai eu fui para casa. me sinto. noosa. E um alivio. eu estou melhorando. eu estou. a menina veio aqui. mais eu menos. eu estou na minha cabeça que e seis meses, mas se deus quiser. eu faco tudo logo de-manha cedo porque quando chego em casa, chego sem coragem. fico. sem coragem, entendeu? ai vou e pago. a casa ja esta limpa. ai eu pago, deito, boto o edredom la em-cima do tapete da sala e vou assistir. agarro no sono. ai la para as oito horas eu acordo. eu gosto. se eu pudesse, sabado e domingo, principalmente domingo, eu nao ficaria em casa. gosto de sair. almoçar fora. impede porque nao e toda comida que eu posso comer. la em casa faco comida com pouco sal, sabe? tipo, nao posso tomar banho da piscina. ja. ININTELIGIVEL, 00: 20: 08, mas nao fui. tipo assim, eu nao tenho a mesma vida que eu tinha, sabe? para mim mesmo, cheguei ate-a comentar com as amigas minhas. tipo espirito vendo tudo acontecer. mas nao escutava nada. so via as imagens. O pessoal correndo, reanimando, tudo eu vi. ai disse eu tenho lembranca. nao porque eu nao passei pelo processo. hum, hum porque ligaram, nao e? E nem. quando eu cheguei a fazer, ai o medico: E, ja ligamos. assim, depois-que eu tive o nenem, ela foi morar na minha casa comigo. ai, ela me auxilia bastante. as vezes eu chego muito cansada, tonta, nao e? Mas eu ainda consigo dar banho no meu filho, arrumar ele para ir para a escola, dar o almoço. porque a gente sai debilitada, nao e? E chega em casa tem gente que nao consegue fazer nada, nada. vai direto para a cama. E ai o marido abandonou. entao, tem coisa, assim, que ali na hora eu nao dou conta de fazer, nao e? Mas ai ele: calma, quando der conta far. nao tenho a disposicao toda. ai tambem quando comeco a fazer as coisas, ai comeco a cansar. ai atrapalha muito. O tempo aqui tambem. atrapalha. porque passo a manha todinha aqui. ai para ir para casa tambem, eu chego em casa quase duas horas, eu chego uma e meia, uma e quarenta. E tenho. nao. eu parei de andar mais. foi porque fico muito fraca. passear, sair. ate para ir no mercado eu vou na maior dificuldade. E fistula. nao. nao. ja. eu passei tres meses com meu primeiro cateter e nao saia de casa nao. E_ nao. nao me atrapalha em nada nao. cuida de mim. leva minhas costas, porque e cateter, nao e? Me leva na parada. me busca na parada. por exemplo, hoje ela saiu para a escola, eu fiquei dormindo ainda. eu coloquei outro desse lado. eu coloquei o permicate no hospital de base, com o dr. ricardo andre, saiu sorinho do meu corpo. noosa. nao tenho mais nao. E_ no comeco so dormia. nao. eu so trabalhava o dia todo. ai quando eu comeci a fazer hemodialise eu so dormia. O dia que as minhas filhas nao podam as mais velhas, a tia dela, a minha cunhada que fica. leva pra escola, paga ai eu chego. hoje eu nao/ faco mais as coisas como eu fazia antes, me da muita dor nas

Proximité de mots



La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Page 7

Classe n°2

Cette classe est formée de 22 unités textuelles, soit 13004 des unités classées. Les Mots en majuscules tels que E, A, E, ININTELLIGIBLE, O, et les Conjonctions et locutions conjonctives tels que que, mais, ainsi, porque, se, sont les catégories de mots sur-représentées dans cette classe.

Mots significatifs			Unités textuelles de la classe 2	Proximité de mots	
Mots présents	Phi	Freq.			
for	0,39	4	<p>saúdavel. são dois e os dois são saúdváveis. E maravilhoso. apesar que minha <u>mae</u> eu não tenho muito contato, assim, com ela, sabe? mas é ótimo. A gente só <u>vive</u> para elas., O transplante está difícil. ININTELLIGIBLE, 00: 23: 07, quer doar um para mim, mas fico <u>preocupada</u>. ele não entende essas coisas. fico <u>preocupada</u> assim. vai que acontece algo pior com ela. E isso que eu tenho medo. ainda tem um amigo dele que pode. ele já doou um rim para outro irmão, ele que doou e não <u>vivêu</u> muito <u>tempo</u>. mora em são paulo. ININTELLIGIBLE, 00: 23: 43, todo desanimado. ele bebe. meu irmão. ele bebe. meu esposo quer. mas parece que-se não <u>for da família</u> mais na frente <u>da</u> problema., A nossa história toda foi um milagre. assim, parece romeu e julieta. A <u>família</u> não queria, não me aceitava. E porque ele é <u>da</u> assembleia. E <u>ai</u> foi aquela confusão. ai eu. e na minha. para mim casar foi na igreja católica. so que foi o padre e o pastor. ecumenico., E <u>da</u> maternidade? A maternidade é bom porque é uma coisa <u>boa</u> na <u>vida da</u> mulher, não é? ajuda muito ela. E isso. já. já sonhei sim., ser <u>mae</u>? eu não sei muito porque no primeiro filho que eu tive, quem cuidou mais foi minha <u>mae</u> porque no início eu estava doente. ai minha <u>mae</u> me ajudava muito. agora, vou saber mais o-que-e ser <u>mae</u>. porque ai quem vai cuidar sou eu, quem vai ter quem vai ter cuidado todo é eu., ai eu passo a minha parte do <u>tempo</u> quase toda no hospital. E <u>a</u> <u>mae</u> fica com o pensamento no filho que está lá. fica sem poder fazer muita coisa por ela porque estou lutando mais pela saúde e pela <u>vida</u> dessa bebe. ai ela fica. E mais difícil e ela pensa que quando eu <u>for</u> transplantar, eu vou ficar bem e posso ter um filho, mas so que o rim fica na frente, não é? <u>da</u> barriga e não pode engravidar., E o melhor momento na <u>vida da</u> mulher. so isso. eu fui <u>mae</u>. na verdade, eu sou <u>mae</u>. A psicologa me falou que eu sou <u>mae</u> de um anjinho que morreu. E maravilhoso. eu queria ter tido <u>tempo</u> de ser <u>mae</u> dela por mais <u>tempo</u>, mas deus levou. mas é maravilhoso ser <u>mae</u>. ela <u>vivêu</u> por dois dias, a nenem., aceito. E sim. porque com ela a gente aprende muita coisa. A gente aprende a equilibrar a <u>vida</u> e, como-se <u>dis</u>, ate associacao com o mundo <u>da</u> família. E saber, descobrir o prazer de ser <u>mae</u>, a <u>vida</u> se transforma em muitas coisas <u>boas</u>. A gente tem <u>tempo</u> para muitas coisas. tem coisas que a gente deixa de fazer, mas em proposito de um filho porque <u>mae</u> é a coisa mais <u>boa da</u> vida. ser <u>mae</u> é a coisa mais <u>boa</u> do mundo. mas eu, no meu jeito, eu morro de medo. E <u>mas</u> eu acho que é muito. Como-se <u>dis</u>, muito perturbante. muita <u>preocupação</u>, principalmente se <u>for</u> criança pequena, de colo que as vezes precisa <u>da</u> <u>mae</u> o <u>tempo</u> todo. meu filho mesmo fica muito <u>preocupado</u>, não é? porque, como-se <u>dis</u>, ela sabe que a <u>mae</u> dela nunca foi assim. ai ela fala: <u>mae</u>, a senhora vai melhorar, eu tenho certeza. se precisar mais.</p>		
mae	0,38	17			
A	0,34	9			
boa	0,34	5			
tempo	0,31	7			
preocup	0,29	5			
vida	0,28	6			
viv	0,28	3			
família	0,28	3			
E	0,24	11			
ela	0,24	19			
da	0,24	11			
dis	0,23	3			
bebe	0,23	5			
muita	0,23	3			
vai	0,22	10			
pod	0,20	3			
são	0,20	3			
ajud	0,20	2			
isso	0,20	7			
saúd	0,20	2			
frente	0,20	2			
maravilhoso	0,20	3			
com	0,17	11			
filh	0,15	5			
morr	0,17	3			
mundo	0,16	2			
e	0,13	35			
ser	0,15	7			
vou	0,13	5			
quer	0,15	4			
todo	0,15	4			
dela	0,13	2			
toda	0,13	2			
acait	0,13	2			
cabec	0,13	2			
parec	0,13	2			
acontec	0,13	2			
*Suj_9	0,44	6			
*Suj_8	0,20	2			
Mots absents	Phi	Freq.			
a	-0,18	8			
far	-0,18	3			
não	-0,19	13			
tudo	-0,18	0			
comec	-0,18	0			
hemodialise	-0,18	0			
*Suj_7	-0,13	0			
*Suj_12	-0,15	0			
*Suj_10	-0,05	0			

La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°3

Cette classe est constituée de 16 unités textuelles, soit 11004 des unités classées. Les Auxiliaire TER tels que , et les Numérum tels que , sont les catégories de mots les plus spécifiques cette classe.

Mots significatifs			Unités textuelles de la classe 3	Proximité de mots
Mots présents	Phi	F=eq.		
gest	0,47	6	<p>A nenem depois-de tres anos. deixa eu ver. ela tinha dois. agora ela vai fazer quatro. E isso mesmo. A nenem foi. foi. mas nao foi. A nenem. eu nem imaginava que estava grávida. que era perigoso. assim, eu sofria tanto com aquelas injecoes. eu tinha medo. era perigoso, mas. isso. isso. foi depois-de quatro meses que eu vim apresentar agora em setembro. eu fiz a laqueadura. foi obrigada a fazer, nao e? nao. nao. nao. nao. foi. na ultima. nada. nada. acho que e muito perigoso. sei la. eu penso. sei la. eu ja passo mal aqui. nao sei nao. A gente ja fica passando mal. nao sei nao. eu acho que passa tudo para a crianca. eu penso. eu nao sei. nao. depois-que eu fiz a laqueadura, nunca mais. foi. deve ser pessimo, viu? eu penso que porque a gente normal, a gente ja fica enjoada, imagine grávida. vai ser o enterro. na geladeira. falou, mas daqui a cinco anos, com tratamento, fazendo tratamento e ainda corre o risco de passar tudo o-que eu passei. antes eu nao pensava o-que era ser mas. hoje eu ja penso. bastante. acho. tem, mas nao quero falar nao. ta bom. nao. era a primeira. eu fui paciente terrivel. E nao e facil. A minha gestacao eu nao tive dialise, mas eu imagino que para a gestacao e bem mais. para a gente que nao tem nada, esta so o problema e nao tem gestacao ja e dificil. porque faz muito tempo. E dificil de lembrar, mas para mim ter ela, eu fiquei internada e ai ela nasceu tambem com. amarelinho, nao tem? E ai eu passei de: dias ainda internada. nasceu. nove meses. normal tambem. nao. eu vim comecar dialise acho que ele ja tinha uns dois anos. diz que a gestacao e otima, mas na hora de ter o bebe e que complica, nao e? sei nao. nao. nao. depois-que comeci a fazer hemodialise. parou. total. olha, deixa eu te falar. eu fiz hemodialise, comeci em dezembro. fiz 3 meses de hemodialise, ai meus rins voltaram a funcionar. ai eu comeci a menstruar. nao. nao estava. quando eu fiz hemodialise ja parou. ai quando voltou a funcionar os rins, voltou a menstruacao. ai ficou tres meses mais ou menos. ai parou de-novo, a menstruacao parou junto. deve ter uns cinco meses que eu nao menstruo. era. direitinho. parou. eu acho que e dificil porque ja e dificil sem estar grávida. para mim, a hemodialise e muito dificil. aham. ja. que e perigoso, tem que fazer o tratamento todas os dias em-que sao uma gestacao de alto risco, essas coisas assim. prematuro. E/ falou. pouco. sim. todo mes. nao, nao e todo mes nao, acho que um mes sim e alguns nao assim por exemplo 3 meses, quatro meses sim. nao. nao. nao. eu uso DIU. aham. cinco anos, ele vai fazer seis, mas a medica disse que vai tirar quando. antes-de completar seis pra nao ter risco, porque tem um prazo. sim. quando a gente ta grávida na dialise e mais complicado, a gente tem que fazer todas os dias, eu ja nao aguento fazer segunda, quarta e sexta, ai fazer todos os dias eu imagino, nao posso engravidar de forma nenhuma. porque eu nao conseguiria vim todas os dias. ai e muito dificil. menstruo. normal. normal uma vez por mes. E bastante. E depois-que eu coloquei o DIU.</p>	
ach	0,45	6		
dialise	0,36	5		
risco	0,34	3		
perigoso	0,34	4		
todos	0,33	5		
mes	0,31	11		
fiz	0,29	5		
quatro	0,29	3		
menstru	0,29	4		
grávid	0,29	5		
ja	0,27	12		
uns	0,25	2		
depois-de	0,25	2		
sei	0,23	6		
ter	0,24	5		
cinco	0,22	3		
os	0,21	6		
ano	0,21	4		
era	0,21	5		
ta	0,20	2		
mal	0,20	5		
vim	0,20	3		
bastante	0,20	2		
norm	0,18	5		
tem	0,17	8		
gente	0,15	8		
o-que	0,17	2		
depois-que	0,16	3		
tratamento	0,17	2		
ser	0,13	3		
passe	0,14	9		
pens	0,13	5		
tres	0,14	2		
complic	0,14	2		
dificil	0,13	6		
a	0,12	23		
*Su_j_12	0,15	4		
*Su_j_2	0,14	4		
Mots absents	Phi	F=eq.		
me	-0,18	0		
as	-0,16	0		
da	-0,16	0		
no	-0,16	0		
cas	-0,16	0		
tenh	-0,16	0		
do	-0,14	0		
meu	-0,14	0		
sab	-0,14	0		

La valeur du coefficient Phi indique la force du lien entre le mot et la classe

Classe n°4

Cette classe est constituée de 22 unités textuelles, soit 15000 des unités classées. Les Auxiliaire SER tels que , et les Auxiliaire TER tels que , sont les catégories de mots surreprésentées dans cette classe.

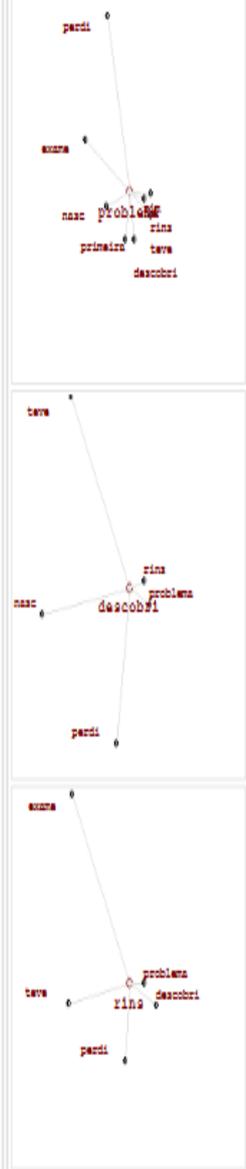
Mots significatifs

Mots présents	Phi	Freq.
problema	0,30	12
descobri	0,44	7
rins	0,44	7
tinha	0,42	14
rim	0,40	6
nao	0,34	6
exame	0,34	3
foram	0,34	3
foi	0,33	19
primeira	0,29	6
teve	0,28	3
perdi	0,28	4
hemodialise	0,24	10
mas	0,23	6
dois	0,23	4
estava	0,23	8
fazendo	0,23	4
engravid	0,23	3
tranquil	0,23	4
tratamento	0,23	3
ano	0,22	6
dessa	0,20	3
onde	0,20	2
seis	0,20	3
lupus	0,20	5
menin	0,20	3
doente	0,20	2
fa	0,18	17
que	0,18	31
intern	0,18	4
de	0,16	16
ja	0,16	10
meus	0,16	2
causa	0,16	2
depois	0,16	2
tambem	0,15	6
os	0,14	5
nao	0,13	49
*Suj_14	0,28	3
*Suj_10	0,20	3
Mots absents	Phi	Freq.
para	-0,24	2
na	-0,21	0
cas	-0,20	0
tenh	-0,19	0
gente	-0,18	0
fic	-0,17	2
*Suj_4	-0,15	0
*Suj_2	-0,12	0
*Suj_3	-0,16	0

Unités textuelles de la classe 4

ai, depois dessa hemodialise eu nunca pensei que ia fazer isso nao. eu estava começando a ficar com depressão. teve até acompanhamento com psicólogo. nao. eu nunca pensei em fazer hemodialise na minha vida. dois. da primeira foi tranquilo. na primeira foi tranquilo. em 2010. foi no começo. alias, eu descobri que tinha lupus justamente porque estava fazendo tratamento dos rins. nao. eu descobri que tinha lupus através do problema renal. eu fui para lá, quando eu cheguei eu estava inchada, nao estava urinando direito. eu tinha dezessete. ai começou a fazer exames. ai quando eu cheguei lá também tinha muitas meninas que já tinham também esse problema. foi. porque meus rins recuperou. ai ele tem medo assim, porque meu pai conta que já fez hemodialise. hoje meu pai nao faz mais. minha mãe reclama da dor nos rins. tinha problema nos rins já. sabia. so nao fazia hemodialise. mas eu já era doente já. so que eu faria acompanhamento com a nefrologia lá. A medica de lá. ai foi a grávida todinha fazendo exames. foi. fiquei. nao. muito tempo nao. fiquei, assim, internada. fiquei algum. foi junto. foi. eu comecei a inchar. comecei a inchar. ai quando eu descobri, internoi, nao e? já descobri a tudo junto. ai já parei de trabalhar. vai fazer um ano também que eu parei de trabalhar. ficou. sim. normal. nao tive problema com nenhum. foram os nove meses mais felizes que eu tive. nao tive problema. nao. foi nao. tem tres meses. meus filhos nasceram tudo de parto normal, saudáveis. nenhum problema. nao. eu vim descobri que tinha diabetes, a menina já tinha um ano e dois meses. foi difícil aceitar o tratamento porque eu nao aceitava ser daquela jeito. todos os dias. ate onde foi tranquilo. 6 meses. planejei, so nao a primeira né, mas planejei. eu gostaria de ter outro. gostaria. arriscaria nao. quem faz hemodialise tem menos chance de engravidar. foi tudo bem e a maria vitoria eu planejei mas ela nascou também de seis meses ai eu fiquei dois meses internada. depois-que ela nascou, ai foi mais difícil com ela né. ai eu perdi os rins, tive 00: 02: 01, ININTELLIGIVEL, pos parto, ai foi mais complicado. E ai descobri que eu tinha problema de rins, ai ainda resisti pra nao fazer hemodialise mas nao teve jeito, ai hoje estou aqui. A minha primeira nao, eu quase morro, e através desse problema do rim foi através da minha primeira grávida. ai eu fiquei internada em salvador dois meses, por-que ele nascou de sete meses, agora as outras nao as outras foram tranquilas. nao, aconteceu. nao. já tinha um problema de rim, da minha primeira grávida eu já sabia. mas nao teve problema assim nao. nao eu sou, ligada, 00: 01: 42. E eu liquei da minha menina que tem tres anos. nao. 00: 02: 10, ININTELLIGIVEL, que eu engravidel logo nao sabia que tinha problema de rim fui saber depois-que eu fui pra salvador fazer exame essas coisas, eu estava bem doente, quase morta. nao. nao tinha nada. so o primeiro. nao. eu so uso preservativo que eu nao posso tomar anticoncepcional. E, tem 10 anos. nao. também nao, eu sei que eu engravidel nesse periodo ai. nao, da outra vez que eu estava fazendo hemodialise. ai eu perdi. nada. nao, so falarem que se veres nasce e se veres nao nasce, so isso. falou. nao. porque quando eu ia começar ai eu perdi. 12 semanas. eu já faria mas eu ia começar a fazer todos os dias. E, faria terça, quinta e sabado ia começar a fazer todo o dia ai eu perdi.

Proximité de mots



Analyse factorielle en corrélations

Pas d'A.F.C. représentée.

Statistique des formes

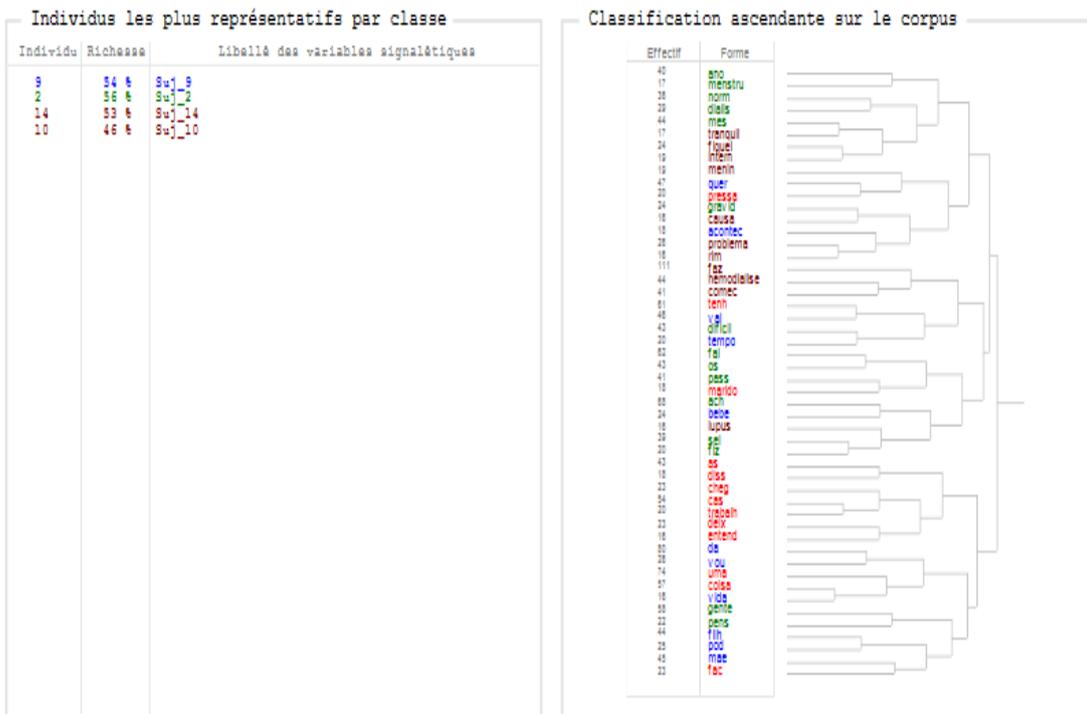
Libellé	Total
Nombre total de mots du corpus	11831
Effectif moyen d'un mot	7
Nombre de mots analysés	5815
Verbes	220
Adjectifs et adverbes	0
Noms communs	0
Autres	5395
Nombre de mots non analysés	5994
Articles	1798
Pronoms	222
Auxiliaires	1444
Autres	2432
Richesse du vocabulaire (RV)	774

Analyse factorielle en coordonnées

Pas d'A.F.C. représentée.

Extrait du dictionnaire du corpus

Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq
far	111	mad	31	possa	17	primeira	13	jeit	9	escola	7	larg	5	vi	4
fic	89	dialis	29	menstru	17	bot	12	vajo	9	semana	7	andar	5	alt	4
da	80	hora	28	tranquil	17	mai	12	exame	9	perigoso	7	bonit	5	dar	4
uma	74	vou	26	sim	16	vai	12	igual	9	boa	6	coloc	5	dar	4
ach	68	problema	26	vida	16	vem	12	parec	9	das	6	fizer	5	rud	4
fal	62	pod	25	causa	16	dessa	12	familia	9	dis	6	grand	5	pai	4
tenh	61	nanem	25	lupus	16	saud	12	for	8	esp	6	irmao	5	pad	4
do	59	par	24	entend	16	muita	12	mor	8	lig	6	maior	5	usa	4
gente	58	babe	24	vir	15	risco	12	pag	8	amor	6	quase	5	abal	4
dia	57	figuei	24	sonh	15	sinto	12	sai	8	quis	6	segur	5	corre	4
coisa	57	gravid	24	tipo	15	maquina	12	var	8	tent	6	cirurg	5	dait	4
cas	54	fac	23	acait	15	lev	11	banho	8	cabec	6	direit	5	ente	4
pra	50	cheg	23	filhos	15	tir	11	senti	8	esper	6	doenca	5	inch	4
quer	47	deix	23	crianca	15	viv	11	imagin	8	fossa	6	doente	5	indo	4
vai	46	pans	22	una	14	dorm	11	segunda	8	peito	6	explic	5	irma	4
mae	45	fis	20	vim	14	sina	11	engravid	8	perdi	6	futuro	5	lind	4
mas	44	tom	20	ruim	14	harriga	11	tratamento	8	doutor	6	paquen	5	nova	4
sab	44	tempo	20	pecco	14	cheguei	11	dav	7	cateter	6	precia	5	otim	4
filh	44	mulher	20	complic	14	remedio	11	doa	7	meninos	6	sozin	5	part	4
hemodialise	44	pressa	20	preocup	14	descobri	11	caet	7	vontade	6	trista	5	seruh	4
se	43	trabalh	20	ne	13	ir	10	lado	7	paciente	6	clinica	5	feliz	4
os	43	ia	19	gest	13	fer	10	nasa	7	col	5	consequ	5	lamb	4
difficil	43	cuid	19	gost	13	ajud	10	perd	7	lav	5	estranh	5	manha	4
pasa	41	menin	19	more	13	chor	10	sair	7	nel	5	funcion	5	quest	4
comec	41	intern	19	nao	13	duas	10	suiu	7	tia	5	momento	5	roupa	4
ano	40	dias	18	sant	13	volt	10	vanh	7	apoi	5	negocio	5	ultim	4
sai	39	marido	18	teve	13	estud	10	escut	7	cans	5	arriscar	5	centro	4
ve	36	acontec	18	melhor	13	planej	10	masma	7	evit	5	gostaria	5	colaga	4
norm	36	transplant	18	fazendo	13	hospital	10	mundo	7	foet	5	pre_natal	5	depend	4
deu	33	dar	17	atrapalh	13	importante	10	comida	7	frac	5	laqueadura	5	frente	4



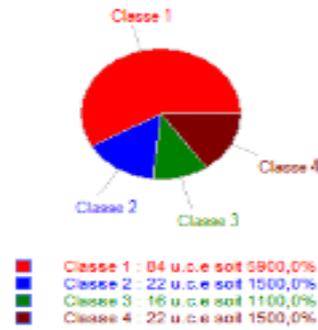
En abscisse on représente les individus numérotés en fonction de leur rang dans le corpus et par ordre d'importance, en ordonnée le coefficient phi et le vocabulaire caractéristique de chaque individu.

Croisement des classifications

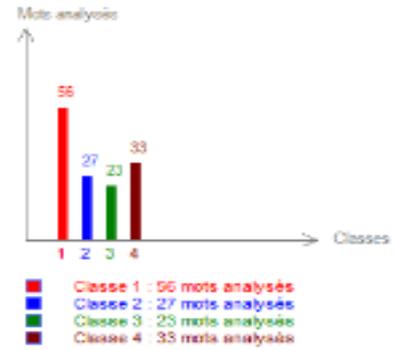
Après la phase de classification, voici les résultats retenus par Alceste:

Nombre de classes stables	4
Nombre minimum d'u.c.e pour retenir une classe	16
Pourcentage d'unités de contexte élémentaires (u.c.e) classées	47 %

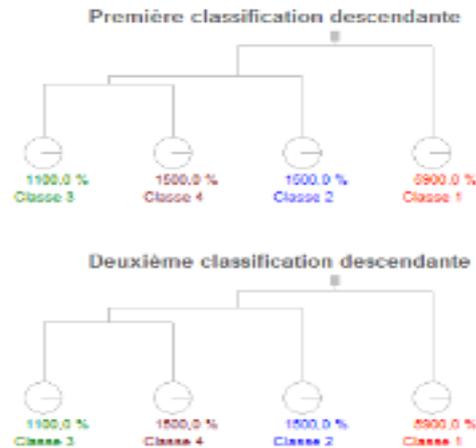
Répartition des u.c.e classées



Nombre de mots analysés par classe



Arbre de classification descendante



Unidades textuais de la classe 1

Cl-dessous la liste des unités textuelles (u.c.e) caractéristiques de la classe 1, triées par ordre d'importance (Phi) dans la classe et précédées de leur unité de contexte initiale (u.c.i) associée. On observe ainsi les formes les plus caractéristiques de la classe marquées par des parenthèses.

uce n° 63 Phi = 0,10 uci n° 3 : *Suj_3
eu (gosto), se eu pudesse, sábado e domingo, principalmente domingo, eu não ficaria (em) (casa). (gosto) de (sair), almoçar (fora), impede (porque) não e toda (comida) que eu posso comer. (ta) (em) (casa) (foco) (comida) com (pouco) sai, sabe? (tipo), não posso (tomar) (banho) de piscina.

uce n° 283 Phi = 0,08 uci n° 14 : *Suj_14 *K_4
ja (me) falaram (disso), de transplante mas não pensel (ainda) não. (tentar) viver (como) eu viva. voltar fazer (as) (coisas) (em) (casa), (trabalho) de (escola), não, meus filhos (estudam). E (levar) pra (escola), (como) eu (levava), (tentar) viver (como) eu viva né.

uce n° 60 Phi = 0,08 uci n° 3 : *Suj_3
eu (foco) (tudo) logo de-manha cedo (porque) (quando) (chego) (em) (casa), (chego) sem coragem. (foco), sem coragem, (entendeu)? (ai) vou e (pego), a (casa) ja esta limpa. (ai) eu (pego), (delto), (boto) o edredom (ta) em-clima (do) tapete da sala e vou assistir. agora (no) sono. (ai) (ta) (para) (as) oito horas eu acordo.

uce n° 98 Phi = 0,08 uci n° 4 : *Suj_4
(assim), depois-que eu tive o nenem, ela foi morar na (minha) (casa) comigo. (ai), ela (me) auxilia bastante. (as) vezes eu (chego) (muito) (cansada), tonta, não e? mas eu (ainda) consigo (dar) (banho) (no) (meu) filho, (arrumar) ele (para) (ir) (para) a (escola), (dar) o almoço.

uce n° 131 Phi = 0,08 uci n° 5 : *Suj_5
E_ (tenho), não. eu (parel) de (andar) mais. foi (porque) (foco) (muito) (traca), passear, (sair), ate (para) (ir) (no) mercado eu vou na (maior) (dificuldade). E fistula. não. não. ja. eu passei tres meses com (meu) primeiro (cateter) e não (sala) de (casa) não. E_ não. não (me) (atrapalha) (em) nada não.

uce n° 292 Phi = 0,08 uci n° 15 : *Suj_15
tambem, (porque) (as) vezes a gente se senti (assim) (muito) (inválido), estar numa (maquinazinha) falar (ai) eu (estou) sobrevivendo por-causa-de (uma) (maquina), normal. hoje. não. não (atrapalha) não. (tenho), (tenho), não, não so (assim) (banho) de piscina (igual), eu nunca (gostei) (mesmo) mas não posso (ir) mais (no) clube.

uce n° 59 Phi = 0,07 uci n° 3 : *Suj_3
imagina se eu (tivesse) criança. (uma) correnta (porque) onze e (meia) eu (tenho) que (ir) (para) a (parada) (pegar) onibus (para) (ir) (para) ca. (ai) de-manha cedinho, (quando) eu vou (lavar) (roupa), (tenho) que levantar cedo, (lavar) (roupa), fazer (comida), (deixar) a (casa) limpa, (entendeu)?

uce n° 89 Phi = 0,07 uci n° 4 : *Suj_4
(tipo) espirito vendo (tudo) acontecer. mas não (escutava) nada. so via (as) imagens. (O) (pessoal) correndo, reanimando, (tudo) eu (vi), (ai) (disso) eu (tenho) lembranca. não (porque) eu não passei pelo processo. (hum), (hum) (porque) ligaram, não e? E (nem). (quando) eu (cheguei) a fazer, (ai) o medico: E, ja ligamos.

uce n° 61 Phi = 0,06 uci n° 3 : *Suj_3
E_ (assim), (uma) (colega) (minha) (me) chama (para) (ir) scola, não posso (ir). (atrapalha) (porque) eu nunca mais (tomel) (banho) direito. (ai) eu (venho) (aquí) embalxo (do) chuveiro.

uce n° 295 Phi = 0,06 uci n° 12 : *Suj_12
(ai) hoje eu (explico) (tudo) pra ela (como) e que e ela (entende), aham. (tenho) normal. (parel) de (trabalhar) (fora), agora so cuido de (casa) e (assim) eu não (foco) mais.

uce n° 126 Phi = 0,06 uci n° 5 : *Suj_5
(atrapalha) e (muito). (atrapalha) (porque) tambem eu (foco) (muito) (traca). (porque) eu (me) (sinto) mais (fortinha) (quando) não (foco), mas (quando) eu (foco), eu ja (foco) (traca).

uce n° 237 Phi = 0,06 uci n° 11 : *Suj_11
E, isso. sim. ta bem (foco) mas tem. E_ não. não. ate (porque) (como) eu sou dona de (casa), o (trabalho) (meu) e mais (as) tarefas de (casa) (as) vezes faz sim, tem (coisas) que eu (deixo) (para) o (outro) (dia) (quando) eu (estou) (me) sentindo (melhor), (assim).

uce n° 104 Phi = 0,06 uci n° 4 : *Suj_4
tem que da (vontade) de enfiar um troco (em) (mim) e cocar. um (pouco) (abalada). (quando) eu fui (colocar) o (cateter), (meu) (marido) estava comigo. (meu) anjo da guarda. (ai) ele. calma. (me) dando força e querendo (chorar), sabe? e a gente percebe (ai). (ai) ele (pegou) e (botou) a musica evangelica (para) eu (escutar).

uce n° 153 Phi = 0,06 uci n° 6 : *Suj_6
(muito) mal (mesmo). eu (evito). (teno) (evitar), mas e difícil. (focou) o (estudo) viagem eu não (foco) por

causa (disso) e (meu) (estudo) tambem (atrapalhou). (no) inicio (quando) eu não estava (nem) fazendo hemodialise (ainda), mas eu sentia (as) crises. (ai) (parel) de (estudar). (trabalhar) tambem.

uce n° 25 Phi = 0,06 uci n° 2 : *Suj_2 *K_3
(cheguei) (aquí) bastante (ruim), falta de ar. debilitada (mesmo). (ai) eu fui (para) (casa), (me) (sinto). noosa. E um alívio. eu (estou) melhorando. eu (estou), a minha (velo) (aquí). mais (ou) menos. eu (estou) na (minha) cabeça que e seis meses, mas se (deus) (quiser).

uce n° 127 Phi = 0,06 uci n° 5 : *Suj_5
não (tenho) a disposicao toda. (ai) tambem (quando) comeco a fazer (as) (coisas), (ai) comeco a (cansar). (ai) (atrapalha) (muito). (O) tempo (aquí) tambem. (atrapalha). (porque) passo a (manha) todinha (aquí). (ai) (para) (ir) (para) (casa) tambem, eu (chego) (em) (casa) quase duas horas, (ou) (chego) (uma) e (meia), (uma) e quarenta.

uce n° 170 Phi = 0,06 uci n° 7 : *Suj_7 *K_4
cuida de (mim). (lava) (minhas) costas, (porque) e (cateter), não e? (me) (leva) na (parada), (me) busca na (parada), por exemplo, hoje ela (saiu) (para) a (escola), eu fiquei dormindo (ainda).

uce n° 253 Phi = 0,06 uci n° 12 : *Suj_12
(O) (dia) que (as) (minhas) filhas não podem (as) mais velhas, a (tia) (dele), a (minha) cunhada que (foca), (leva) pra (escola), (pega) (ai) eu (chego).

uce n° 293 Phi = 0,06 uci n° 15 : *Suj_15
(trabalhar), eu passava (roupa), fazia faxina hoje eu não posso (pegar) mais excesso de peso. (me) enfiar embalxo (do) chuveiro (enquanto) tiver com (cateter), (esse) (tipo) de (coisa) (assim-que) (deixa) a gente chateada. isso que (atrapalha) o seu (dia) a (dia).

uce n° 23 Phi = 0,06 uci n° 2 : *Suj_2 *K_3
não. so (em) (casa) (mesmo). (sala) (demais), agora não (tenho) (vontade) de (sair) (para) lugar nenhum. sinceramente. (porque) todo mundo (foca) olhando (para) (esse) (negocio). principalmente psicologico, (assim), (foca), (porque) a gente vai, o (pessoal) (foca) olhando, (assim), pejejo (para) não (dar) resposta.

Unites textuelles de la classe 2

Ci-dessous la liste des unités textuelles (u.c.e) caractéristiques de la classe 2, triées par ordre d'importance (Phi) dans la classe et précédées de leur unité de contexte initiale (u.c.I) associée. On observe ainsi les formes les plus caractéristiques de la classe marquées par des parenthèses.

- uce n° 209 Phi = 0,11 ucl n° 9 : *Suj_9 *K_2
 mas eu, no meu jeito, eu (morro) de medo. E_ mas eu acho que (e) muito, como-se (diz), muito perturbante. (muita) (preocupacao), (principalmente) (se) (for) crianca (pequena), de (colo) que as vezes (precisa) (da) (mae) (o) (tempo) (todo).
- uce n° 191 Phi = 0,10 ucl n° 8 : *Suj_8 *K_3
 (E) o-melhor (momento) na (vda) (da) (mulher). so (isso). eu fui (mae). na verdade, eu (sou) (mae). (A) psicologa me falou que eu (sou) (mae) de um anjinho que (morreu).
- uce n° 68 Phi = 0,10 ucl n° 3 : *Suj_3
 mora em (sao) paulo. ININTELIGIVEL, 00: 23: 43, (todo) desanimado. (ele) (bebe). meu (irmao). (ele) (bebe). meu (esposo) (quer). mas (parece) que-se nao (for) (da) (familia) (mais) na (frente) (da) problema.
- uce n° 192 Phi = 0,09 ucl n° 8 : *Suj_8 *K_3
 (E) (maravilhoso). eu (queria) ter tido (tempo) de (ser) (mae) deia por (mais) (tempo), mas deus levou. mas (e) (maravilhoso) (ser) (mae). (ela) (viveu) por dois dias, a nenem.
- uce n° 215 Phi = 0,08 ucl n° 9 : *Suj_9 *K_2
 meu (filho) mesmo fica muito (preocupado), nao (e)? porque, como-se (diz), (ele) (sabe) que a (mae) (dele) nunca foi assim. ai (ele) fala: (mae), a (senhora) (vai) (melhorar), eu tenho (certeza).
- uce n° 128 Phi = 0,08 ucl n° 5 : *Suj_5
 ai eu passo a minha (parte) do (tempo) quase (toda) no (hospital). E_ (A) (mae) fica (com) (o) pensamento no (filho) que esta la. fica sem (poder) fazer (muita) coisa por (ele) porque estou lutando (mais) pela (saude) (e) pela (vda) desse (bebe).
- uce n° 144 Phi = 0,07 ucl n° 6 : *Suj_6
 ai (ele) fica. (E) (mais) difficil (e) (ele) pensa que quando eu (for) (transplantar), eu (vou) ficar bem (e) posso ter um (filho), mas so que (o) rim fica na (frente), nao (e)? (da) (barriga) (e) nao (pode) engravidar.
- uce n° 67 Phi = 0,07 ucl n° 3 : *Suj_3
 O (transplante) esta difficil. ININTELIGIVEL, 00: 23: 07, (quer) doar um para mim, mas fico (preocupada). (ele) nao entende essas coisas. fico (preocupada) assim. (vai) que (acontece) algo (plor) (com) (ele). (E) (isso) que eu tenho medo. ainda tem um amigo (dele) que (pode). (ele) ja doou um rim para outro (irmao), (ele) que doou (e) nao (viveu) muito (tempo).
- uce n° 115 Phi = 0,07 ucl n° 5 : *Suj_5
 E_ (da) maternidade? (A) maternidade (e) bom porque (e) uma coisa (boa) na (vda) (da) (mulher), nao (e)? (ajuda) muito (ela). (E) (isso). ja. ja sonhei sim.
- uce n° 200 Phi = 0,07 ucl n° 9 : *Suj_9 *K_2
 (E) (saber), descobrir (o) prazer de (ser) (mae), a (vda) (se) transforma em (muitas) coisas (boas). (A) gente tem (tempo) para (muitas) coisas. tem coisas que a gente deixa de fazer, mas em proposito de um (filho) porque (mae) (e) a coisa (mais) (boa) (da) (vda). (ser) (mae) (e) a coisa (mais) (boa) do (mundo).
- uce n° 199 Phi = 0,07 ucl n° 9 : *Suj_9 *K_2
 (acerto). (E) sim. porque (com) (ela) a gente aprende (muita) coisa. (A) gente aprende a equilibrar a (vda) (e), como-se (diz), (ate) associacao (com) (o) (mundo) (da) (familia).
- uce n° 216 Phi = 0,05 ucl n° 9 : *Suj_9 *K_2
 ai (ele) fica (o) (tempo) (todo) falando: sera que (isso) (vai) ficar para (sempre)? eu falo: nao. (isso) para (sempre) nao porque (ninguem) fica para (sempre) assim.
- uce n° 77 Phi = 0,05 ucl n° 4 : *Suj_4
 (A) nossa historia (toda) foi um milagre. assim, (parece) romeu (e) julietta. (A) (familia) nao (queria), nao me (aceltava). (E) porque (ele) (e) (da) assembleia. E_ ai foi (aquela) confusao. ai eu. (e) na minha. para mim casar foi na igreja catolica. so que foi (o) padre (e) (o) pastor. ecumenico.
- uce n° 116 Phi = 0,05 ucl n° 5 : *Suj_5
 (ser) (mae)? eu nao sei muito porque no primeiro (filho) que eu (tive), quem cuidou (mais) foi minha (mae) porque no inicio eu estava doente. ai minha (mae) me (ajudava) muito. agora, (vou) (saber) (mais) o-que-e (ser) (mae). porque ai quem (vai) cuidar (sou) eu, quem (vai) ter quem (vai) ter cuidado (todo) (e) eu.
- uce n° 66 Phi = 0,04 ucl n° 3 : *Suj_3
 eu botel na minha (cabeca). eu ja passei por-isso uma vez, eu ja fiquei (boa). (isso) nao (vai) (acontecer) de-novo. ai (com) (o) resultado (da) ecografia, ININTELIGIVEL, 00: 23: 00.
- uce n° 217 Phi = 0,04 ucl n° 9 : *Suj_9 *K_2

(se) (precisar) (mais).

uce n° 7 Phi = 0,04 ucl n° 2 : *Su₂ *K₃

saudavel. (sao) dois (e) os dois (sao) (saudaveis). (E) (maravilhoso). apesar que minha (mae) eu nao tenho muito contato, assim, (com) (ela), (sabe)? mas (e) otimo. (A) gente so (vive) para eles.

uce n° 18 Phi = 0,03 ucl n° 2 : *Su₂ *K₃

E_ (ate) depois-que eu internei eu nao (tive) (mais) nao. (isso). nunca (mais) nao. eu estou tao estressada, (sabe)? (preocupada) como (e) que (vai) ficar eu (com) esses (meninos).

uce n° 78 Phi = 0,03 ucl n° 4 : *Su₄

(A) metade. frequenta (e) eu (vou) (com) (ele). (e) assim. de-manha eu (vou) para a missa, eu, (ele) (e) (o) (bebe). (E) a-noite a gente (vai) para (o) culto, eu, (ele) (e) (o) (bebe).

uce n° 8 Phi = 0,02 ucl n° 2 : *Su₂ *K₃

assim, (e) (essa) (doenca) eu tenho tanto medo, assim, qualquer hora a gente fica (com) medo de (morrer), mas a gente tem que ter (cabeca) no lugar, nao (e)?

Unités textuelles de la classe 3

Ci-dessous la liste des unités textuelles (u.c.) caractéristiques de la classe 3, triées par ordre d'importance (Phi) dans la classe et précédées de leur unité de contexte initiale (u.c.I.) associée. On observe ainsi les formes les plus caractéristiques de la classe marquées par des parenthèses.

- uce n° 12 Phi = 0,11 ucl n° 2 : *Suj_2 *K_3
eu tinha medo. (era) (perigoso). (mas). isso. foi (depois-de) (quatro) (meses) que eu (vm) apresentar (agora) em setembro. eu (fz) (a) (laqueadura). foi (obrigada) (a) fazer, não é? não. não. não. foi. (na) (última). (nada). (nada). (acho) que é muito (perigoso). (se) (a). eu (penso).
- uce n° 14 Phi = 0,11 ucl n° 2 : *Suj_2 *K_3
eu (penso). eu não (se). não. (depois-que) eu (fz) (a) (laqueadura). nunca mais. foi. (deve) ser passímo, viu? eu (penso) que porque (a) (gente) (normal). (a) (gente) (a) fica enjoada. (Imagine) (grávida).
- uce n° 250 Phi = 0,10 ucl n° 12 : *Suj_12
ah eu (imagino) homiel. (ter) que (ir) (todos) (os) dias pra cá. (passa) (mal). (a) (gente) (já) (passa) (mal). (na) (gestação) (a) (gente) (já) (passa) (mal) (normal). (agora) (imagina) fazendo (dialise). voce (tem) que ficar aqui sentado 4 (horas). fazendo (dialise) (grávida).
- uce n° 249 Phi = 0,09 ucl n° 12 : *Suj_12
porque eu não conseguia (vm) (todos) (os) dias. aí e muito (difícil). (menstruo). (normal). (normal) uma vez (por) (mes). E (bastante). (E_) (depois-que) eu colloqu o DIU.
- uce n° 248 Phi = 0,09 ucl n° 12 : *Suj_12
(sim). quando (a) (gente) (ta) (grávida) (na) (dialise) e mais (complicado). (a) (gente) (tem) que fazer (todos) (os) dias. eu (já) não aguento fazer (segunda). (quarta) e sexta. aí fazer (todos) (os) dias eu (imagino). não posso engravidar de forma nenhuma.
- uce n° 13 Phi = 0,08 ucl n° 2 : *Suj_2 *K_3
(se) (a). eu (já) (passo) (mal) aqui. não (se) não. A (gente) (já) (fica) (passando) (mal). não (se) não. eu (acho) que (passa) tudo para (a) criança.
- uce n° 167 Phi = 0,08 ucl n° 7 : *Suj_7 *K_4
aí ficou (tres) (meses) mais ou (menos). aí parou (de-novo). (a) (menstruação) parou junto. (deve) (ter) (uns) (cinco) (meses) que eu não (menstruo). (era). (diretinho). parou. eu (acho) que é (difícil) porque (já) e (difícil) sem (estar) (grávida). para mim. (a) hemodialise e muito (difícil).
- uce n° 96 Phi = 0,07 ucl n° 4 : *Suj_4
eu fui (paciente) temel. (E_) não é fácil. A minha (gestação) eu não tive (dialise). (mas) eu (imagino) que para (a) (gestante) é bem mais. para (a) (gente) que não (tem) (nada). esta só o problema e não (tem) (gestação) (já) e (difícil).
- uce n° 221 Phi = 0,06 ucl n° 10 : *Suj_10 *K_4
aham. (já) que é (perigoso). (tem) que fazer o tratamento (todos) (os) dias em-que são uma (gestação) de (alto) (risco). essas coisas assim. prematuro. (E_) (talou). pouco. (sim). todo (mes). não. não e todo (mes) não. (acho) que um (mes) (sim) e alguns não assim (por exemplo) 3 (meses). (quatro) (meses) (sim).
- uce n° 119 Phi = 0,06 ucl n° 5 : *Suj_5
porque faz muito tempo. E (difícil) de (lembrar). (mas) para mim (ter) ele. eu fiquei internada e aí ele nasceu também com. amarelinho. não (tem)? (E_) aí eu (passel) (dez) dias ainda internada. nasceu. (nove) (meses). (normal) também. não. eu (vm) começar (dialise) (acho) que ele (já) tinha (uns) dois anos.
- uce n° 166 Phi = 0,05 ucl n° 7 : *Suj_7 *K_4
parou. total. (olha). deixa eu (te) (falar). eu (fz) hemodialise. comecei em dezembro. (fz) 3 (meses) de hemodialise. aí meus rins (voltaram) (a) (funcionar). aí eu comecei (a) (menstruar). não. não estava. quando eu (fz) hemodialise (já) parou. aí quando (voltou) (a) (funcionar) (os) rins. (voltou) (a) menstruação.
- uce n° 11 Phi = 0,03 ucl n° 2 : *Suj_2 *K_3
A nenem (depois-de) (tres) anos. deixa eu ver. ela tinha dois. (agora) ela vai fazer (quatro). (E_) isso mesmo. A nenem foi. foi. (mas) não foi. A nenem. eu nem (imaginava) que estava (grávida). que (era) (perigoso). assim. eu sofria tanto com aquelas injeções.
- uce n° 32 Phi = 0,02 ucl n° 3 : *Suj_3
vai ser o enterro. (na) geladeira. (talou). (mas) daqui (a) (cinco) anos. com tratamento. fazendo tratamento e ainda (como) o (risco) de (passar) tudo (o-que) eu (passel).
- uce n° 165 Phi = 0,01 ucl n° 7 : *Suj_7 *K_4
diz que (a) (gestação) e (ótima). (mas) (na) (hora) de (ter) o bebe e que (complica). não é? (se) não. não. não. não. (depois-que) comecei (a) fazer hemodialise.

- uce n° 33 Phi = 0,00 ucl n° 3 : *Suj_3
(antes) eu não (pensava) (o-que) (era) ser mãe. hoje eu (já) (penso). (bastante). (acho). (tem). (mas) não quero (falar) não. (ta) bom. não. (era) (a) primeira.
- uce n° 247 Phi = 0,00 ucl n° 12 : *Suj_12
não. não. não. eu uso DIU. aham. (cinco) anos. ele vai fazer seis. (mas) (a) medica disse que vai (tirar) quando. (antes-de) completar seis pra não (ter) (risco). porque (tem) um prazo.

Unités textuelles de la classe 4

Ci-dessous la liste des unités textuelles (u.c.e) caractéristiques de la classe 4, triées par ordre d'importance (Phi) dans la classe et précédées de leur unité de contexte initiale (u.c.i) associée. On observe ainsi les formes les plus caractéristiques de la classe marquées par des parenthèses.

- uce n° 35 Phi = 0,11 ucl n° 3 : *Suj_3
em 2010. (foi) no (comeco). alias, eu (descobri) (que) (tinha) (lupus) justamente porque (estava) (fazendo) (tratamento) (dos) (rins). (nao). eu (descobri) (que) (tinha) (lupus) atraves do (problema) renal.
- uce n° 118 Phi = 0,10 ucl n° 5 : *Suj_5
(tinha) (problema) nos (rins) ja. sabia. (so) (nao) (fazia) (hemodialise). mas eu ja era (doente) ja. (so) (que) eu (fazia) acompanhamento com a nefrologia la. A medica (de) la. ai (foi) a gravidez todinha (fazendo) (exames). (foi). (fiquel). (nao). muito tempo (nao). (fiquel), assim, (internada). (fiquel) (algum).
- uce n° 220 Phi = 0,09 ucl n° 10 : *Suj_10 *K_4
(foi) difficil aceitar o (tratamento) porque eu (nao) aceitava ser daquele (jeito). todos os dias. ate (onde) (foi) (tranquillo). 6 meses. (planejel), (so) (nao) a (primeira) (ne), mas (planejel). eu (gostaria) (de) ter outro. (gostaria). (arriscaria) (nao). quem (faz) (hemodialise) tem menos chance (de) (engravidar).
- uce n° 36 Phi = 0,09 ucl n° 3 : *Suj_3
eu (ful) para la, quando eu cheguei eu (estava) (inchada). (nao) (estava) urinando direito. eu (tinha) dezessete. ai (comecou) a (fazer) (exames). ai quando eu cheguei la (tambem) (tinha) muitas (meninas) (que) ja tinham (tambem) esse (problema). (foi). porque (meus) (rins) recuperou.
- uce n° 278 Phi = 0,08 ucl n° 14 : *Suj_14 *K_4
00: 02: 10, (ININTELIGIVEL), (que) eu (engravidel) (logo) (nao) sabia (que) (tinha) (problema) (de) (rim) (ful) saber depois-que eu (ful) (pra) salvador (fazer) (exame) essas coisas, eu (estava) bem (doente), (quase) morta.
- uce n° 9 Phi = 0,08 ucl n° 2 : *Suj_2 *K_3
ai, (depois) (dessa) (hemodialise) eu nunca pensei (que) la (fazer) isso (nao). eu (estava) (comecando) a ficar com depressao. (teve) ate acompanhamento com psicologo. (nao). eu nunca pensei em (fazer) (hemodialise) na minha vida. (dois). da (primeira) (foi) (tranquillo). na (primeira) (foi) (tranquillo).
- uce n° 246 Phi = 0,08 ucl n° 12 : *Suj_12
ai eu (perdi) os (rins), tive 00: 02: 01, (ININTELIGIVEL), pos parto, ai (foi) mais complicado. E ai (descobri) (que) eu (tinha) (problema) (de) (rins), ai ainda resisti (pra) (nao) (fazer) (hemodialise) mas (nao) (teve) (jeito), ai hoje estou aqui.
- uce n° 69 Phi = 0,07 ucl n° 3 : *Suj_3
ai ele tem medo assim, porque meu (pai) conta (que) ja (faz) (hemodialise). hoje meu (pai) (nao) (faz) mais. minha mae reclama (de) (dor) nos (rins).
- uce n° 277 Phi = 0,07 ucl n° 14 : *Suj_14 *K_4
(nao), aconteceu. (nao). ja (tinha) (um) (problema) (de) (rim), da minha (primeira) gravidez eu ja sabia. mas (nao) (teve) (problema) assim (nao). (nao) eu sou, (ligada), 00: 01: 42. E eu liquei da minha (menina) (que) tem tres (anos). (nao).
- uce n° 289 Phi = 0,07 ucl n° 15 : *Suj_15
(nao). (nao) (tinha) nada. (so) o primeiro. (nao). eu (so) uso preservativo (que) eu (nao) (posso) tomar anticoncepcional. E, tem 10 (anos). (nao). (tambem) (nao), eu sei (que) eu (engravidel) (nesse) periodo ai. (nao), da (outra) vez (que) eu (estava) (fazendo) (hemodialise). ai eu (perdi).
- uce n° 181 Phi = 0,07 ucl n° 7 : *Suj_7 *K_4
(foi) junto. (foi). eu (comecei) a (linchar). (comecei) a (linchar). ai quando eu (descobri), (intemal), (nao) e? ja (descobri) e tudo junto. ai ja parei (de) trabalhar. vai (fazer) (um) (ano) (tambem) (que) eu parei (de) trabalhar. ficou.
- uce n° 290 Phi = 0,06 ucl n° 15 : *Suj_15
nada. (nao), (so) falaram (que) as vezes (nasce) e as vezes (nao) (nasce), (so) isso. falou. (nao). porque quando eu la (comecar) ai eu (perdi). 12 (semanas). eu ja (fazia) mas eu la (comecar) a (fazer) todos os dias. E_ (fazia) terca, quinta e sabado la (comecar) a (fazer) todo o dia ai eu (perdi).
- uce n° 245 Phi = 0,06 ucl n° 12 : *Suj_12
(foi) tudo-bem e a maria vitoria eu (planejel) mas ela (nasceu) (tambem) (de) (seis) meses ai eu (fiquel) (dois) meses (internada). depois-que ela (nasceu), ai (foi) mais difficil com ela (ne).
- uce n° 276 Phi = 0,06 ucl n° 14 : *Suj_14 *K_4
A minha (primeira) (nao), eu (quase) moro, e atraves (desse) (problema) do (rim) (foi) atraves da minha (primeira) gravidez. ai eu (fiquel) (intemada) em salvador (dois) meses, (por-que) ele (nasceu) (de) sete meses, agora as (outras) (nao) as (outra) (foram) (tranquillas).
- uce n° 232 Phi = 0,05 ucl n° 11 : *Suj_11
no maranhao. sou, entao tudo (que) eu (sentia) era devido a gravidez, depois-de eu ganhar (de) dar a luz

a ela (foi) (que) eu (fui) descobrir (que) eu (tinha) (problema) do (rim), (foi) a (causa) (de) eu vim (pra) (ca) (por-que) (onde) eu (morava) (nao) (tinha) (tratamento).

uce n° 117 Phi = 0,05 uci n° 5 : *Suj_5

esta. (mora) (comigo). (so) (que) ele ja (faz) tudo. ja e (grandinho). tem (seis) (anos). E_ E (um) sentimento bom. (foi) (de) alto risco porque eu (tinha) quinze (anos).

uce n° 201 Phi = 0,05 uci n° 9 : *Suj_9 *K_2

sim. normal. (nao) tive (problema) com (nenhum). (foram) os nove meses mais (felizes) (que) eu tive. (nao) tive (problema). (nao). (foi) (nao). tem tres meses. (meus) (filhos) (nasceram) tudo (de) parto normal, saudáveis, (nenhum) (problema). (nao). eu vim (descobri) (que) (tinha) (diabetes), a (menina) ja (tinha) (um) (ano) e (dois) meses.

uce n° 155 Phi = 0,03 uci n° 6 : *Suj_6

(nao). para ter filho (nao), porque eu sei (que) (nao) (posso). mesmo (fazendo) (hemodialise), e perigoso (depois) do transplante mais ainda porque voce tem (que) cuidar do (rim) (que) voce recebeu.

uce n° 70 Phi = 0,03 uci n° 3 : *Suj_3

ja aconteceu isso (comigo). pressao (alta). ai vai (que) acontece uma (dessa) aqui com ele e esta (so) com (um) (rim)? (ININTELIGIVEL), 00: 25: 20, (nao) e? ele se (sentiu) culpado, (nao) e?

uce n° 219 Phi = 0,03 uci n° 10 : *Suj_10 *K_4

otima. as (duas) (foram) bem, (so) a da bia (que) (comecei) a (fazer) (hemodialise) (nao) e, porque vim (pra) (ca) eu (estava) (de) cinco meses, (seis) meses tiraram ela por (causa) da (hemodialise) (so).