

**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

**PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE**

**MARIANA VIDOTTI GRANDIZOLI**

**DEPRESSÃO, DESESPERANÇA, IDEACÃO SUICIDA E QUALIDADE  
DE VIDA DE PACIENTES EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO- SP**

**2019**

**MARIANA VIDOTTI GRANDIZOLI**

**DEPRESSÃO, DESESPERANÇA, IDEACÃO SUICIDA E QUALIDADE  
DE VIDA DE PACIENTES EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Dissertação de Mestrado  
apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em  
Psicologia e Saúde da  
Faculdade de Medicina de  
São José do Rio Preto,  
como parte dos requisitos  
para obtenção do Título de  
Mestre.

**Orientador: Prof. Dr. Gerardo Maria de Araújo Filho**

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO- SP**

**2019**

Grandizoli, Mariana Vidotti

**Depressão, desesperança, ideação suicida e qualidade de vida de pacientes em tratamento hemodialítico** -- São José do Rio Preto, 2019.  
xi, 54 f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-  
FAMERP. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde.  
Área de concentração: Psicologia e Saúde.

Depression, hopelessness, suicide ideation and quality of life of patients at  
hemodialysis

Orientador: Prof. Dr. Gerardo Maria de Araújo Filho

1. Hemodiálise; 2. Depressão; 3. Desesperança; 4. Ideação Suicida; 5. Qualidade  
de Vida

**MARIANA VIDOTTI GRANDIZOLI**

**DEPRESSÃO, DESESPERANÇA, IDEACÃO SUICIDA E QUALIDADE  
DE VIDA DE PACIENTES EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

**BANCA EXAMINADORA**

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE**

---

**Presidente e orientador: Prof. Dr. Gerardo Maria de Araújo Filho**

**Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- Famerp**

---

**1ª Examinadora: Profa. Dra. Leda Maria Branco**

**Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- Famerp**

---

**2ª Examinadora: Profa. Dra. Patrícia Maluf Cury**

**Instituição: Faceres**

---

**São José do Rio Preto, 12/02/2019**

## SUMÁRIO

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos.....	v
Lista de Anexos.....	vi
Lista de Apêndices.....	vii
Lista de Tabelas.....	viii
Lista de Abreviatura.....	ix
Resumo.....	x
Abstract.....	xi
Introdução.....	01
Objetivos.....	07
Método.....	08
Tipo de estudo.....	08
Participantes.....	08
Materiais.....	09
Procedimentos.....	10
Análise dos dados.....	11
Aspectos éticos.....	11
Resultados e discussão.....	12
Conclusões.....	34
Referências.....	35
Apêndices .....	41
Anexos .....	48

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos pacientes do Hospital de Base que estavam em tratamento hemodialítico.

Dedico também a minha família. Em especial aos meus pais, Lumara e José Celso por todo o apoio nessa jornada. Ao meu namorado que sempre esteve ao meu lado durante esse tempo.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pois sem Ele nada seria possível.

Ao meu orientador Prof. Dr. Gerardo, que me concedeu essa oportunidade e me transmitiu um pouco do seu vasto conhecimento.

Aos professores e funcionários que integram o programa de mestrado em Psicologia e Saúde da FAMERP.

Aos meus pais, namorado e familiares por estarem sempre ao meu lado, dando suporte e acolhimento nos momentos difíceis.

A todos da equipe da hemodiálise e aos pacientes que direta e indiretamente participaram deste estudo.

Muito obrigada a todos que de certa forma me ajudaram e contribuíram com esse trabalho.

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Beck Depression Inventory (BDI).....	49
Anexo 2. Beck Hopelessness Scale (BHS).....	50
Anexo 3. Beck Scale for Suicide Ideation (BSI).....	51
Anexo 4. SF-36.....	52



## LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1. Questionário sociodemográfico.....	42
Apêndice 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	45

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes em tratamento hemodialítico.....	12
Tabela 2. Doenças mais prevalentes dos pacientes em tratamento hemodialítico .....	15
Tabela 3. Indicadores de depressão dos pacientes em tratamento hemodialítico.....	16
Tabela 4. Indicadores de desesperança dos pacientes em tratamento hemodialítico.....	18
Tabela 5. Indicadores de ideação suicida dos pacientes em tratamento hemodialítico.....	19
Tabela 6. Indicadores de qualidade de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico.....	21
Tabela 7. Correlação entre indicadores de depressão com variáveis sociodemográficas dos pacientes em tratamento hemodialítico.....	23
Tabela 8. Correlação entre indicadores de desesperança com variáveis sociodemográficas dos pacientes em tratamento hemodialítico.....	25
Tabela 9. Correlação entre indicadores de ideação suicida com variáveis sociodemográficas dos pacientes em tratamento hemodialítico.....	27
Tabela 10. Correlação entre indicadores de qualidade de vida com variáveis sociodemográficas dos pacientes em tratamento hemodialítico.....	29
Tabela 11. Correlação entre indicadores de depressão e indicadores de qualidade de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico.....	31
Tabela 12. Correlação entre indicadores de desesperança e indicadores de depressão dos pacientes em tratamento hemodialítico.....	33

## LISTA DE ABREVIATURAS

DRC- Doença Renal Crônica

HD- Hemodiálise

DP- Diálise Peritoneal

QV- Qualidade de Vida

FAV- Fistula arteriovenosa

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

BDI- Beck Depression Inventory

BHS- Beck Hopelessness Scale

BSI- Beck Scale for Suicide Ideation

SF-36- The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey

FUNFARME- Fundação Faculdade Regional de Medicina

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

FAMERP- Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

WHO- World Health Organization

DM- Doença mental

Grandizoli, M.V. (2019). *Depressão, desesperança, ideação suicida e qualidade de vida de pacientes em tratamento hemodialítico*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

## RESUMO

**Introdução:** Pacientes com doença renal crônica (DRC) que realizam hemodiálise vivenciam grandes mudanças em razão do tratamento e da enfermidade que lhes acomete, o que pode gerar sofrimento emocional e prejuízos na qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar e correlacionar sintomas depressivos, desesperança e ideação em relação à qualidade de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico. **Casuística e Métodos:** Pesquisa transversal, observacional, descritiva e correlacional com 100 pacientes em tratamento na Unidade de Terapia Renal Substitutiva do Hospital de Base de São José do Rio Preto no período de junho a agosto de 2017. Foram aplicados cinco instrumentos: a) Questionário socio-demográfico, b) Beck Depression Inventory (BDI), c) Beck Hopelessness Scale (BHS), d) Beck Scale for Suicide Ideation (BSI) e) *SF-36*. **Resultados:** A idade variou de 18 a 80 anos (M= 50,69 anos; DP 14,54), 51% eram sexo masculino, 60% dos indivíduos se declararam casados e com filhos (87%). 78% dos pacientes apresentaram sintomas mínimos de humor deprimido, já os níveis de desesperanças encontrados foram considerados mínimos (62%). O nível de ideação suicida teve como média 0, 41 e sobre a qualidade de vida, capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental dos entrevistados encontram-se acima do estabelecido pelo instrumento. **Conclusão:** Pacientes que realizavam tratamento hemodialítico apresentaram baixos níveis de depressão, desesperança e ideação suicida. Em relação a qualidade de vida, esta foi influenciada pelos aspectos envolvidos ao próprio tratamento.

**Palavras-chave:** Depressão; Desesperança; Ideação suicida; Qualidade de vida; Hemodiálise

## ABSTRACT

**Introduction:** Patients with chronic kidney disease (CKD) who undergo hemodialysis experience great changes due to the treatment and the illness that affects them, which can cause emotional distress and impairments in the quality of life. **Objective:** To evaluate and correlate depressive symptoms, hopelessness and suicide ideation regarding the quality of life of patients on hemodialysis. **Patients and Methods:** This was a transversal, observational, descriptive and correlational research with 100 individuals who were being treated at the Substitution Therapy Unit of the Base Hospital of São José do Rio Preto. Five instruments were answered: a) Socio-demographic questionnaire, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Hopelessness Scale (BHS), Beck Scale for Suicide Ideation (BSI) and SF-36. **Results:** The mean age ranged from 18 to 80 years ( $M = 50.69$  years,  $SD 14.54$ ), 51% of patients were male, 60% were married and 87% with sons/daughters. About 78% of patients presented minimal symptoms of depressed mood, and the levels of hopelessness found were considered minimal in 62%. The mean level of suicidal ideation were 0.41 and on the quality of life, functional capacity, pain, general health, vitality, social aspects and mental health of the interviewees are above that established by the instrument. **Conclusion:** Patients undergoing hemodialysis resulted in reduced indicators of hopelessness, depression and suicidal ideation. Regarding quality of life, this was extremely influenced by the aspects involved in the treatment itself.

**Key-words:** Depression; Hopelessness; Suicide Ideation; Quality of life; Hemodialysis

## INTRODUÇÃO

Atualmente, tem-se observado a doença renal crônica (DRC) como um dos grandes desafios da saúde. Caracterizada como um problema de cunho social e econômico em todo o mundo em função de sua associação a variadas comorbidades e à geração de grandes gastos na saúde pública, sabe-se que a população mundial está enfrentando uma epidemia da DRC. Além disso, há um aumento progressivo do número de pacientes com DRC nas regiões subdesenvolvidas (Fassbinder, Winkelmann, Schneider, Wendland & Oliveira, 2015; Ottaviani et al., 2016).

Dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBF) apontam que o número total estimado de pacientes com a doença renal crônica no Brasil foi de 122.825. Este número caracteriza um aumento de 31,5 mil pacientes nos últimos 5 anos, ou seja, houve um crescimento anual de 6,3% durante esse tempo. A maioria desses indivíduos se localizava na região sudeste do país. Os dados também indicam um aumento global de pacientes em diálise (Sesso, Lopes, Thomé, Lugon, & Martins, 2017). Nos Estados Unidos, a prevalência de pacientes com doença renal crônica cresceu de aproximadamente 400.000 no ano 2000 para 636.905 em 2012, isto é, aumentou cerca de 59% (Santos, Paula et al., 2018).

Considera-se que progressão da DRC é lenta e silenciosa. No estágio final da enfermidade os primeiros sintomas começam a aparecer e os exames clínicos detectam a existência de alterações fisiológicas. O paciente nesse período apresenta níveis elevados de fósforo e potássio, além de anemia, emagrecimento, sinais de desnutrição, hipertensão, cansaço, diminuição da libido e do apetite. Há também a perda de massa muscular e gordura, porém, com a retenção de líquidos, pode-se não notar o emagrecimento, uma vez que o peso permanecerá estável ou aumentará em virtude do edema (Santos, Oliveira, Soares & Schwartz, 2017).

Compreende-se então a DRC como a fase mais avançada da doença renal, caracterizada pela perda progressiva e irreversível das várias funções do rim, o que provoca modificações no organismo do indivíduo. Essa perda favorece o insucesso do corpo na manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico e metabólico, provocando então o acúmulo de substâncias no sangue (Coutinho & Costa, 2015). Assim, a DRC é uma patologia de início gradual, caracterizada por anomalias estruturais do rim que provocam a redução da função renal. Por causa dessa doença, o paciente torna-se dependente de uma modalidade de tratamento (Coitinho et al., 2015).

Com os avanços atuais da medicina, os procedimentos para o manejo da doença renal crônica substituem a função do rim, diminuem os sintomas causados e prolongam a vida dos indivíduos. Há, atualmente, três modalidades de terapias substitutivas para a doença renal: a Diálise Peritoneal (DP), o Transplante Renal e a Hemodiálise (HD) (Gonçalves et al., 2015). No entanto, sabe-se que essas modalidades terapêuticas, apesar de se constituírem como tratamentos disponíveis para a melhoria da qualidade de vida dos envolvidos, não são curativas (Coitinho et al., 2015; Leimig, Lira, Peres, Ferreira, & Falbo, 2018).

A diálise peritoneal, uma das opções, é realizada através do processo que ocorre dentro do corpo do indivíduo, com o auxílio de um filtro natural como substituto da função renal. Geralmente é realizado na própria residência do paciente (SBN, 2018).

O transplante renal é um procedimento cirúrgico invasivo e complexo. Pode ser feito por meio de doadores falecidos ou doadores vivos. É o tratamento mais indicado na maioria das vezes, pois, está associado a menores custos financeiros e oferece melhor qualidade de vida (QV) ao paciente (Santos, Paula et al., 2018).

Já a HD consiste num processo que filtra o sangue e equilibra o excesso de sais e líquidos, auxilia no controle da pressão arterial e ajuda no equilíbrio hídrico do corpo. Durante o procedimento, o indivíduo está propenso a variadas complicações técnicas,

emergências clínicas ou até mesmo a óbito (Lira, Avelar, & Bueno, 2015). A HD tem sido a terapêutica mais utilizada atualmente para substituir a função renal. Ela consiste em um processo extracorpóreo e mecânico que remove as substâncias tóxicas do sangue. Esse procedimento é executado em uma unidade hospitalar, em média três vezes por semana, por um tempo de três a cinco horas por sessão, a depender das necessidades de cada pessoa (Costa & Coutinho, 2014).

A Hemodiálise ocorre por meio de uma ligação, por um cateter ou uma fístula arteriovenosa (FAV), entre o corpo do indivíduo e a máquina que filtrará seu sangue. A fístula arteriovenosa é um acesso definitivo, realizado por meio de uma cirurgia para unir uma artéria a uma veia. É através da junção entre a máquina de hemodiálise e a FAV que ocorre o processo para substituição da função renal, no qual há remoção das impurezas do sangue e, após o procedimento, devolução de sangue purificado ao organismo (Almeida & Palmeira, 2018).

Ressalta-se que a HD é o procedimento mais empregado para a DRC, devendo ser realizado por toda a vida do paciente ou até que ele seja submetido ao transplante renal. No entanto, para garantir a eficácia do tratamento, é imprescindível que haja adesão ao tratamento dialítico. Durante as sessões realizadas, poderão surgir efeitos colaterais que ocorrem como consequência das rápidas alterações provocadas pelo volume de líquido e no equilíbrio químico do organismo. Os efeitos mais frequentes são as câimbras musculares e a hipotensão (Santos, Prado et al., 2018).

Os pacientes acometidos por esta enfermidade e que estão em processo de diálise têm uma trajetória marcada por perdas que vão além da função renal: eles perdem parte do seu cotidiano, porque dedicam três dias na semana, de três a cinco horas, dependendo do caso, e perdem, também, parte de sua capacidade física, algo que pode ser evidenciado a cada nova cicatriz das fístulas arteriovenosas, cateteres e exames (Freitas & Cosmo, 2010). O paciente



convive, diariamente com uma doença incurável, que o obriga a uma forma de tratamento de longa duração. Esse método provoca grandes impactos na vida dos indivíduos e os submete a situações limitantes que comprometem não só aspectos físicos e psicológicos, mas também aspectos pessoais e sociais. As pessoas com DRC vivenciam súbitas mudanças em sua rotina, o que pode gerar sentimentos negativos dadas as limitações ocasionadas pela hemodiálise, como por exemplo, afastamento das atividades laborais para se realizar o tratamento e limitações na ingestão tanto de alimentos como de líquidos, com isso o paciente pode apresentar pensamentos sobre morte juntamente com a expectativa de uma melhor qualidade de vida (Roxo & Barata, 2015).

Ser dependente da máquina pode ocasionar sofrimento e angústia naquele que passa pela hemodiálise, pois, pode haver não somente a dor física ocasionada pelos procedimentos realizados, mas, também pode haver a dor emocional resultante da perda de sua independência. De fato, a queixa mais constante entre os pacientes que realizam a hemodiálise é o vínculo obrigatório com a máquina. Apesar de angustiante e limitante, a HD é uma prática indispensável, considerando que limpa e filtra o sangue, controla a pressão arterial e ajuda a manter o equilíbrio do sódio e do potássio, por exemplo (Santos et al., 2017).

A DRC juntamente com a HD, provoca grandes alterações no modo de viver dos pacientes influenciando na capacidade funcional, na vida laboral, na alimentação e na ingestão de líquidos, no bem estar e na interação social e conjugal dos indivíduos que realizam esse tipo de terapêutica (Coitinho et al., 2015). Com todas essas limitações, os pacientes podem ter um sofrimento psíquico (Almeida & Palmeira, 2018). Conviver com o tratamento e com a máquina em si significa muito para a pessoa enferma, pois gera peculiaridades especiais, principalmente no que se refere ao comportamento individual e à afetividade. Diante desse recurso terapêutico e da doença, o paciente perde sua liberdade e

passa por transformações que alteram sua vida por completo. É nesse momento que ele se sente ameaçado e se vê diante de sua finitude, ou seja, enxerga-se como um ser mortal e finito (Freitas & Cosmo, 2010).

Estudos apontam que pacientes que realizam a HD apresentam maiores taxas de depressão, pois o procedimento por si só acaba limitando suas atividades diárias e até mesmo sua independência, considerando-se que o indivíduo tem que ficar ligado constantemente à máquina. A prevalência é de 42,7% de episódio depressivo nos pacientes que realizam a HD. Nesse caso, a depressão pode levar a uma perda de confiança no próprio tratamento ou, pode, até mesmo, acarretar resistências às condições impostas pelo método utilizado. Outro fator a se destacar é a prevalência do suicídio nessa população, que chega a atingir níveis dez vezes maiores que os da população geral. Esses dados são justificáveis por todas as perdas sofridas pelos pacientes desde a descoberta do diagnóstico (Freitas & Cosmo, 2010; Stasiak, Bazan, Kuss, Schuinski, & Baroni, 2014; Dias, Shiozawa, Miorin, & Cordeiro, 2015).

Sendo assim, a depressão é capaz de dificultar a adesão necessária à hemodiálise, o que pode gerar negligências no autocuidado e nos seguimentos médicos, chegando, desta forma, a prejudicar a qualidade de vida dos envolvidos. Quando essa falta de aderência é intensa, os efeitos podem se tornar graves, pois o indivíduo pode ganhar peso interdialítico, abusar na dieta a ser seguida, abandonar o tratamento por vontade própria ou até mesmo chegar ao suicídio. Dessa forma, os sintomas de desesperança, ideação suicida e depressão influenciam significativamente na expectativa e qualidade de vida (QV) dos portadores da DRC (Gorayeb, 2015). A desesperança, um sintoma da depressão pode diminuir a segurança e enfraquecer os esforços dos pacientes para se adaptarem às variadas mudanças exigidas. Em sua forma mais grave, a desesperança pode ser uma força motriz para o suicídio (Wright, Sudak, Turkington, & Thase, 2012).

No entanto, ainda que a presença de doenças crônicas aumente o risco de suicídio por si só, elas em muitos casos ampliam a vulnerabilidade ao suicídio por meio da perda dos papéis sociais e da falta de percepção de sentidos para a vida, o que ativa, assim, o sentimento de desesperança. Nesse caso, qualquer tipo de perda avaliada e valorizada, seja ela interpessoal, de saúde ou financeira, pode ser associada a um aumento no risco de suicídio (Wenzel, Brown, & Beck 2010).

Apesar de todos os efeitos negativos envolvidos no tratamento hemodialítico, ele tem como objetivo prolongar a vida e reduzir a morbidade, além de melhorar consideravelmente a qualidade de vida dos pacientes (Lira et al., 2015). Portanto, as representações sociais desenvolvidas por cada enfermo sobre sua doença – podendo ela ser crônica ou não – são singulares, porém aquilo que se perde, a partir do diagnóstico, será um fator relevante para suas novas concepções (Freitas & Cosmo, 2010).

O termo qualidade de vida consiste em uma ampla gama de conceitos que afetam vários domínios da vida, como boa saúde, moradia satisfatória, emprego, segurança, educação e lazer. Quando ela é relacionada à saúde da pessoa, levam-se em conta os aspectos físicos, sociais e emocionais causados pela doença ou pelo tratamento (Gonçalves et al, 2015). Atualmente, a qualidade de vida dos indivíduos com DRC tem sido motivo de atenção, pois a percepção de melhora ou piora pode ajudar no tratamento da doença (Costa, Vasconcelos, & Tassitano, 2010). Acredita-se que a DRC e o tratamento hemodialítico interferem diretamente na percepção do paciente frente ao suporte social recebido, à sua QV, pois esta abarca as limitações físicas e as alterações na vida cotidiana. Assim que é diagnosticado, o paciente precisa aprender a conviver com o novo dia a dia e com suas diversas limitações, pois sua rotina é intensamente modificada (Caveião et al., 2014).

Em suma, o número de pacientes renais crônicos em tratamento na hemodiálise no Brasil vem aumentando consideravelmente nos últimos anos. Assim, melhorar a qualidade de

vida e a sobrevida do indivíduo, bem como prevenir e diminuir as complicações durante o tratamento, constituem objeto de preocupação frequente dos profissionais de saúde (Caveião et al., 2014).

Com base nessas considerações, estabeleceram-se os objetivos do estudo:

### **Objetivos**

1. Avaliar a correlação entre depressão, desesperança, ideação suicida e qualidade de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico.
2. Caracterizar e correlacionar aspectos sociodemográficos dos pacientes.

## MÉTODO

**Tipo de estudo:** transversal, observacional, descritivo e correlacional.

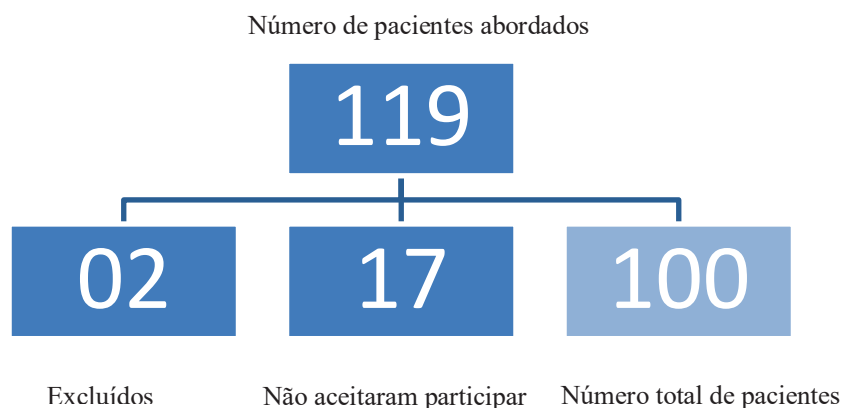
### Participantes

Participaram do estudo 100 pacientes que estavam em hemodiálise no Hospital de Base de São José do Rio Preto- São Paulo, no período de junho de 2017 a agosto de 2017.

**Critério de inclusão:** pacientes com diagnóstico de doença renal, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, que estavam há no mínimo três meses em hemodiálise e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**Crítérios de exclusão:** pacientes com comorbidades psiquiátricas graves e que tinham déficits cognitivos que prejudicavam a aplicação dos instrumentos.

**Seleção da amostra:** amostra de conveniência. Os dados foram colhidos nos três turnos existentes da Unidade de Terapia Renal Substitutiva (hemodiálise) - Hospital de Base de São José do Rio Preto, FUNFARME (Fundação Faculdade Regional de Medicina).



Fluxograma: número de pacientes do estudo.

No período de junho de 2017 a agosto de 2017 foram abordados 119 pacientes que estavam em hemodiálise. Destes, 2 foram excluídos por apresentarem comorbidades

psiquiátricas que impossibilitavam a aplicação dos instrumentos e 17 se recusaram a participar. Sendo assim, 100 pacientes foram incluídos no presente estudo.

## **Materiais**

Foram utilizados para a coleta dos dados:

- Questionário sociodemográfico, elaborado para este estudo (Apêndice 1).
- Beck Depression Inventory (BDI) - escala de autorrelato que avalia a intensidade da sintomatologia da depressão. Composto por 21 itens que apresentam atitudes e sintomas com escores que variam entre 0 e 3 e que sinalizam o grau de depressão em quatro níveis: leve, mínimo, moderado e severo. O escore total representa a soma dos escores individuais dos itens, que indica o grau de intensidade da depressão (Cunha, 2001). (Anexo 1).
- Beck Hopelessness Scale (BHS) - escala dicotômica que engloba 20 itens que envolvem cognições sobre desesperança. O paciente deve concordar ou discordar da afirmação, o que permite avaliar a extensão das expectativas negativas que o paciente tem com respeito ao futuro imediato e remoto. A soma dos escores identifica o nível de desesperança. Os escores variam de 0 a 20 sendo que: 0 a 4 - mínimo; 5 a 8 - leve; 9 a 13 - moderado e 14 a 20 - grave. (Cunha, 2001). (Anexo 2).
- Beck Scale for Suicide Ideation (BSI) - escala de autorrelato que investiga ideação suicida. Contém 21 itens, sendo que os primeiros 19 apresentam três alternativas de respostas que indicam desejos, atitudes e planos suicidas. Os dois últimos itens não fazem parte do somatório final, pois têm o objetivo de obter informações sobre o número de tentativas de suicídio e a seriedade da vontade de morrer (Cunha, 2001). (Anexo 3).
- The Medical Outcomes Study 36- item Short-Form Health Survey (*SF-36*) - instrumento composto por 36 itens, que engloba 8 escalas: capacidade funcional (10

itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de observação relevante entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás. Este questionário classifica tanto os aspectos negativos quanto os aspectos positivos da saúde (Ciconelli, 1997). (Anexo 4).

## **Procedimentos**

Após a aprovação do CEP, os pacientes foram abordados durante as sessões de hemodiálise no período de junho de 2017 a agosto de 2017, na Unidade de Terapia Renal Substitutiva de um hospital universitário do interior do estado de São Paulo. Enquanto estavam em sessão, foram convidados a participarem da pesquisa. Os que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) e responderam individualmente aos instrumentos.

A pesquisadora aplicou os instrumentos em um único momento e na seguinte ordem: Questionário sociodemográfico, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Hopelessness Scale (BHS) e *SF-36*. Caso o paciente apresentasse pontuação maior que 1 nos itens 2 e 9 do BDI, o Beck Scale for Suicide Ideation (BSI) era aplicado. Em outras palavras, caso o indivíduo apresentasse uma classificação maior que o estabelecido nos itens Pensamentos e Desejos Suicidas, outro inventário era aplicado já que o paciente poderia ser caracterizado como tendo ideação suicida. Se o entrevistado não apresentasse essa pontuação, somente o Questionário sociodemográfico, o BDI, o BHS e o *SF-36* eram aplicados (Wenzel et al., 2010).

No momento da abordagem os participantes foram orientados sobre o tema, objetivos da pesquisa, aspectos éticos envolvidos, não obrigatoriedade de participação, preservação do anonimato e interrupção da pesquisa por parte do indivíduo se o mesmo julgasse necessário.

Após estas orientações, apresentou-se aos indivíduos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo dados de identificação do pesquisador e dos participantes, objetivos e procedimentos da pesquisa. Após a assinatura do Termo pelo indivíduo, a aplicação dos instrumentos foi realizada.

### **ANÁLISE DE DADOS**

Após a coleta, os dados foram avaliados de forma quantitativa e planilhados no Excel. A análise estatística descritiva foi realizada a partir dos cálculos das medidas de tendência central e dispersão e contagens de frequências. Para a análise estatística inferencial foi utilizado o teste de correlação de Spearman, utilizando-se os programas estatísticos *Statistical Package For Social Sciences* (SPSS versão 24.0) e PRISMA (versão 6.1, 2012). Em todas as análises, um valor  $P \leq 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo.

### **ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – SP (FAMERP), N° do parecer 2.099.943, no dia 05 de junho de 2017.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização da amostra

**Tabela 1**

#### Características sociodemográficas dos pacientes em tratamento hemodialítico

Variável	N	%
<b>Sexo</b>		
Homens	51	51
Mulheres	49	49
<b>Cidade</b>		
S.J. Rio Preto	31	31
Outras	69	69
<b>Escolaridade</b>		
En. fund. incompleto	47	47
En. Fund. completo	9	9
En. médio incompleto	23	23
En. médio completo	2	2
Universitário incompleto	12	12
Universitário completo	1	1
Outros	1	1
<b>Estado civil</b>		
Casado(a)	60	60
Tem companheiro(a)	12	12
Divorciado(a)	10	10
Viúvo(a)	4	4
Solteiro(a)	14	14
<b>Filhos</b>		
Sim	87	87
Não	13	13
<b>Profissão</b>		

**Conti. Tabela1****Características sociodemográficas dos pacientes em tratamento hemodialítico**

Do lar	28	28
Aposentado(a)	37	37
Outras	35	35
<b>Renda</b>		
Sem renda	2	2
1 a 3 salários mínimos	75	75
3 a 5 salários mínimos	19	19
5 a 8 salários mínimos	1	1
Acima de 8 salários mín.	3	3
<b>Religião</b>		
Católica	60	60
Evangélico	30	30
Outras	10	10

*Nota.* N= número de participantes; %= porcentagem dos participantes

Em relação à caracterização sociodemográfica, a idade dos participantes deste estudo varia de 18 a 80 anos (M= 50,69 anos; DP 14,54), o que se aproxima dos estudos de Lira et al. (2015), com média de idade de 48,8 anos (DP= 13,8) e de Stasiak et al. (2014), com média de idade de 54,96 anos (DP 12,76). Observa-se que a amostra foi composta, em sua maioria, por indivíduos do sexo masculino (51%) e por indivíduos moradores de outros municípios (69%). Em relação à escolaridade dos entrevistados, 47% dos participantes têm o ensino fundamental incompleto. Esses dados vão ao encontro do estudo de Coitinho et al. (2015), uma vez que, dentre os participantes de sua pesquisa, a maioria era do sexo masculino (70,1%) e possuía baixa escolaridade (79,2%). A alta taxa de indivíduos com ensino fundamental incompleto, encontrada na presente pesquisa, é recorrente em demais estudos.

Outro fato em destaque é que o predomínio do ensino fundamental incompleto vai de acordo com a realidade brasileira (Coitinho et al., 2015; Gonçalves et al., 2015; Oliveira et al., 2016).

Salienta-se que 60% dos indivíduos se declararam casados, enquanto 87% declararam ter filhos. Dados de pesquisa apontam que os pacientes renais com cônjuge e filhos têm uma importante estrutura que auxilia no melhor enfrentamento da doença. Neste caso, conviver com familiares que os apoiam constitui um suporte que ameniza os danos, sejam eles físicos, psicológicos ou até mesmos socioeconômicos, que se dão em função da doença e do tratamento em si (Coutinho & Costa, 2015). Neste caso, considerando-se que o suporte social pode ser definido como toda rede social que auxilia nos recursos psicológicos e matérias que ajudam o indivíduo a ter um melhor enfrentamento da situação que vivencia (Saraiva, 2014), esse é um fator de grande importância nesta problemática.

Em relação à religião predominante, observa-se que 60% dos indivíduos participantes da pesquisa são católicos, seguidos por 30% de evangélicos. Estas informações corroboram os dados de pesquisa encontrados e também refletem a realidade da população brasileira, predominantemente católica (Gonçalves et al., 2015). Observa-se, também, que 37% dos entrevistados são aposentados e têm como renda de um a três salários mínimos (75%), o que pode sugerir que, em função da qualidade de vida reduzida destes indivíduos, o tratamento, o desemprego ou a aposentadoria precoce poderiam contribuir para a baixa aquisição financeira. Isso porque, quando o paciente realiza a HD, por exemplo, deve ir três vezes por semana ao local específico, durante um período que pode variar de três a cinco horas. O tempo que o paciente passa na hemodiálise é longo, já que, além das horas na máquina, ele precisa, muitas vezes, percorrer grandes distâncias até a unidade de tratamento (Santos et al., 2017). Em situações como essa, as atividades laborais são interrompidas na maioria dos casos devido à obrigatoriedade de realização do tratamento (Santos, Paula et al., 2018). Ou seja, em virtude do tempo necessário para a realização da terapêutica ou até mesmo pelas limitações

causadas pela DRC, muitas atividades acabam ficando comprometidas. Esses pacientes, em sua maioria, acabam dependendo de familiares para ser sustentados ou tornam-se dependentes de benefícios da aposentadoria da Previdência Social. Somando-se a tais complicadores, o quesito dinheiro acaba se tornando um fator que agrava a condição de vida desses pacientes (Coutinho & Costa, 2015).

## **Tabela 2**

### **Doenças mais prevalentes nos pacientes em tratamento hemodialítico**

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Hipertensão</b>	56	56
<b>Diabetes Mellitus</b>	36	36
<b>Lúpus</b>	5	5
<b>Hipercolesterolemia</b>	4	4

*Nota.* N= número de participantes; %= porcentagem dos participantes

Destaca-se que essas comorbidades também foram encontradas em demais achados, os quais revelaram que as principais doenças encontradas nos pacientes, além da doença renal, que estão em hemodiálise são a hipertensão arterial e a diabetes (Andrade, Sesso, & Diniz, 2015; Gonçalves et al., 2015, Picolli, Nascimento, Riella, & 2017).

Outros dados encontrados revelam que somente 10% da amostra realizou transplante até o presente momento. Nota-se que 51% dos entrevistados realizam tratamentos médicos, 15% são tabagistas e 11% alegam fazer uso de bebidas alcoólicas. O abuso ou a dependência de álcool e outras drogas intensifica os problemas já existentes, sejam eles de cunho financeiro, profissional ou familiar. Somados aos problemas de saúde já presentes, o abuso de alguma substância, como, por exemplo, o álcool, pode aumentar a frequência de consultas

ambulatoriais e internações, e, em última instância, causar a morte (Costa, Coutinho, Melo, & Oliveira, 2014).

De acordo com a entrevista realizada, 20% dos indivíduos tem familiares em tratamento renal substitutivo e 14% declararam que algum familiar possui algum tipo de doença psiquiátrica.

Observa-se que os dados sociodemográficos do presente estudo se comparam ao encontrado na literatura e na população brasileira em tratamento para a DRC, ou seja, majoritariamente uma população masculina, casada, em meados de seus 50 anos, com ensino fundamental incompleto e que está em maior parte aposentada ou afastada da atividade laboral.

### Tabela 3

#### Indicadores de depressão dos pacientes em tratamento hemodialítico

Variável	N	%
Mínimo	78	78
Leve	12	12
Moderado	9	9
Grave	1	1

Nota. N= número de participantes; %=porcentagem dos participantes

Em relação aos indicadores de depressão dos pacientes em tratamento hemodialítico, destaca-se que, nessa amostra, 78% do pacientes apresentaram sintomas mínimos de humor deprimido, seguidos por 12% com *score* leve, 9% com *score* moderado e 1% com *score* grave. Esses dados se assemelham aos resultados encontrados por Souza & Oliveira (2017), em relação aos resultados do BDI, o estudo desses pesquisadores revelou que 42,6% dos

participantes apresentaram o nível mínimo de sintomas depressivos, seguidos de 39,3% de pacientes que apresentaram sintomas leve.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental (DSM-V) a característica mais comum da depressão é o humor triste, vazio ou irritável, somado a alterações somáticas e cognitivas que influenciam consideravelmente na capacidade de funcionamento do acometido. Esse transtorno acarreta visíveis alterações no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas. Destaca-se que o indivíduo, na maioria dos casos, sente-se desencorajado, triste e sem esperança (APA, 2014).

Muitas vezes, a etiologia da depressão está associada a perdas. No caso dos indivíduos com DRC, as perdas, em sua maioria, são inevitáveis. As mais preeminentes referem-se à perda do bem-estar, da função renal e do papel na família e no trabalho. Há, também, a privação das habilidades cognitivas e físicas, dentre outras (Costa & Coutinho, 2014).

Como consequência de todas as perdas e da realização do tratamento em si, os indivíduos em tratamento hemodialítico estão sujeitos à maior prevalência de transtornos de humor do que a população em geral. As taxas de depressão em pacientes na HD são elevadas, cerca de 20% a 45% (Ottaviani et al., 2016), isto é, a depressão aparenta ser a complicação psíquica de maior frequência nos enfermos em tratamento de hemodiálise. Na presente pesquisa, no entanto, o número de participantes que apresentaram sintomatologia mínima e leve de depressão foi superior aos que apresentaram sintomas de moderado à grave (Coutinho & Costa, 2015).

Salienta-se que a associação entre depressão e doenças de cunho fisiológico é muito comum, o que acaba contribuindo para uma pior evolução tanto do quadro psiquiátrico quanto da doença clínica. Os doentes deprimidos costumam não aderir ao tratamento em um número três vezes maior do que os pacientes não deprimidos em diálise. A não adesão por humor deprimido pode ser avaliada por sintomas como perda de motivação, isolamento,

anedonia e desesperança (Saraiva, 2014). A depressão, nesse caso, altera no sujeito a avaliação sobre sua própria enfermidade e tratamento, podendo levá-lo à descrença em uma perspectiva positiva do futuro e à não adesão ao tratamento proposto (Souza & Oliveira, 2017). Importante ressaltar que em alguns dos critérios, os sintomas de um episódio depressivo são semelhantes aos sinais e sintomas de condições médicas (APA, 2014).

Contudo, conforme o instrumento aplicado, nota-se uma distinção na variação dos índices de prevalência na hemodiálise. Pesquisas apontam que, quando se usa o Inventário para Depressão de Beck, há maiores índices em suas amostras de depressão (Costa, Coutinho, & Santana, 2014).

#### **Tabela 4**

##### **Indicadores de desesperança dos pacientes em tratamento hemodialítico**

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Mínimo	62	62
Leve	23	23
Moderado	11	11
Grave	4	4

*Nota.* N= número de participantes; %=porcentagem dos participantes

Os níveis de desesperança encontrados na amostra pesquisada foram 62% de nível mínimo, seguidos por 23% de nível leve, 11% de nível moderado e 4% de nível grave. A esperança está relacionada com a perspectiva por um futuro melhor. Ela é considerada uma estratégia efetiva para enfrentar a condição imposta pela doença renal, já que impulsiona o indivíduo a lidar com as situações de crise, estimula-o a agir para alcançar um objetivo específico, proporciona-o bem-estar físico e emocional e encoraja o indivíduo e sua família à aceitação da situação. Desse modo, esse sentimento, quando presente, repercutirá

positivamente na sua qualidade de vida (Leimig et al., 2018). A desesperança, por sua vez, compreendida como sendo um sintoma central da depressão, pode enfraquecer a confiança e os esforços dos indivíduos em relação a si mesmos. Esse fenômeno pode ser, portanto, uma força motriz para o suicídio (Wright et al., 2012).

Estudos apontam que os escores da Escala de Desesperança de Beck estiveram muito mais relacionados ao pensamento suicida do que uma classificação para sintomas de humor deprimido. Os mesmos autores ainda ressaltam que, se um indivíduo tiver perdido sua total esperança e sua capacidade de enxergar reais motivos para continuar sua vida e, conseqüentemente, estiver sofrendo por causa desse sentimento, o suicídio pode parecer uma opção (Wright et al., 2012). Ou seja, quanto maior o sentimento de desesperança, maior é o desejo desses pacientes de cometerem o ato suicida, já que muitas vezes o indivíduo com DRC não encontra razão para viver, não tem pelo que esperar, não consegue aceitar a sua nova rotina e pode se sentir um fardo para os familiares. No entanto, destaca-se novamente que a amostra do estudo não apresentou níveis altos desse sentimento (Wenzel et al., 2010; Godoy, 2013).

## **Tabela 5**

### **Indicadores de ideação suicida dos pacientes em tratamento hemodialítico**

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>
Ideação Suicida	3	0,41

*Nota.* N= número de participantes

Na presente pesquisa, o nível de ideação suicida encontrado teve como média 0,41 de acordo com o Beck Scale for Suicide Ideation, o que corresponde a baixas taxas na amostra pesquisada.



Estima-se que no ano de 2015 no Brasil, 788 mil pessoas morreram por suicídio; um número muito maior de pessoas tentou cometer o ato, mas não morreu. O suicídio foi responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes no mundo, levando-o a ocupar o *ranking* das 20 principais causas de morte da população geral em 2015 (WHO, 2017). Embora Andrade et al. (2015) tenham afirmado que as taxas de suicídio são de 10 a 400 vezes maiores na população com doença renal crônica do que na população em geral, são necessários maiores estudos, uma vez que a literatura é escassa nesse aspecto.

Sabe-se que a população mais propensa a morrer por suicídio são os homens solteiros, divorciados ou até mesmo viúvos. Esse tipo de morte também é mais comum em indivíduos que apresentam idades mais avançadas e com menores condições socioeconômicas. Outro dado a se destacar é que a intensidade da ideação suicida está mais correlacionada com a desesperança do que a depressão em si (Wenzel et al., 2010).

Na entrevista realizada, a maioria dos pacientes eram homens mais velhos e com baixas condições financeiras, variáveis essas que são fatores de risco para o suicídio. No entanto, a maior parcela dos pacientes possuía um cônjuge, uma religião e filhos, dados esses que se tornam fatores protetivos contra o suicídio.

Podemos sugerir também que na HD onde o presente estudo foi realizado o acompanhamento constante de um psicólogo poderia ter auxiliado os indivíduos. Esse profissional estaria favorecendo o paciente a ter uma nova visão de sua enfermidade, além de estar ajudando no melhor enfrentamento em relação ao seu diagnóstico e a terapêutica realizada (Freitas & Cosmo, 2010).

Embora os inventários aplicados tenham apresentado baixas taxas para ideação suicida, esse fator merece atenção se consideramos que essa população tem facilidade de acesso ao meio de cometer suicídio e pode optar, por exemplo, pelo abandono do tratamento e serem portadores de DRC (Andrade et al., 2015).

**Tabela 6****Indicadores de qualidade de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico**

<b>Variável</b>	<b>Menor que 50%</b>	<b>Maior/igual a 50%</b>	<b>Média</b>
<b>Capacidade funcional</b>	35	65	59,7
<b>Aspecto físico</b>	67	33	<b>27,75</b>
<b>Dor</b>	35	65	58,27
<b>Estado geral de saúde</b>	38	62	52,98
<b>Vitalidade</b>	26	74	60,85
<b>Aspectos sociais</b>	6	94	75,92
<b>Aspectos emocionais</b>	64	36	<b>40,86</b>
<b>Saúde mental</b>	14	86	73,52

*Nota.* Porcentagem estabelecida por Ciconelli (1997)

Nesse caso, ressalta-se que, de acordo com o instrumento utilizado, SF-36, quanto mais perto do escore 100, mais alta é a qualidade de vida do indivíduo. Sendo assim, as variáveis capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental dos entrevistados encontram-se em níveis acima do estabelecido (Ciconelli, 1997).

A qualidade de vida está associada a fatores multifatoriais: pode estar vinculada a pontos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e aos estilos de vida. Destaca-se que os itens pesquisados são mutuamente influenciáveis, ou seja, não é possível separá-los. Nesse caso, tanto os aspectos psicológicos afetam os físicos quanto os físicos podem influenciar os aspectos psicológicos. A subjetividade faz parte dessa concepção, já que a QV é avaliada por meio da situação pessoal de cada pessoa em relação a sua vida diária (Chiloff, Cerqueira, & Balbi, 2017; Oliveira et al, 2016).

A HD, além de ser uma terapêutica longa e exaustiva, devido ao grande tempo e os vários dias de realização do tratamento, também tem grande impacto no cotidiano do paciente, pois compromete sua saúde, sua vida social e financeira, além de influenciar na sua independência e autonomia (Paula et al., 2017).

É necessário que o indivíduo se adapte em relação às variadas mudanças que ocorrem no seu cotidiano quando ele é submetido à hemodiálise, pois, quando se tem uma baixa avaliação nos diferentes domínios que fazem parte da qualidade de vida, esse é um aspecto que pode ser prejudicado (Chiloff et al., 2017). Outro fator a se destacar é que a doença renal crônica pode provocar desordens emocionais que, somadas à condição de saúde física, afetam a vivência dos acometidos (Costa, Coutinho, Melo & Oliveira et al., 2014).

Além dos itens destacados, a presença de complicações de aspecto físico traz aos enfermos uma preocupação com relação à perda da autonomia e à possível dependência dos outros para a satisfação de suas necessidades. O tempo gasto no tratamento e o declínio da capacidade física ocasionam o afastamento das atividades diárias do paciente, provocando assim, alterações em sua rotina. A soma desses fatores pode fazer com que o bem-estar e a QV do paciente se alterem (Santos et al., 2017; Oliveira et al., 2016).

Dependência e restrições impostas pela terapêutica, complicações da doença, tratamentos e mudanças na rotina do paciente podem ocasionar danos de cunho psicológico e afetar a qualidade de vida do enfermo. A diminuição na capacidade funcional resulta em prejuízos que afetam diretamente a qualidade de vida como por exemplo, afeta a realização de atividades domésticas diárias, atividades laborais e a atividade de subir escadas (Caveião et al., 2014).

Dessa forma, a busca por uma melhor qualidade de vida é uma meta para a maioria das pessoas. No entanto, de acordo com Roxo e Barata (2015), os indicadores de qualidade de vida dos pacientes que têm DRC são diferentes dos indicadores da população em geral, uma

vez que, para os pacientes com DRC, a qualidade de vida almejada consiste em conseguir atingir um nível de saúde que lhes proporcione uma maior independência (Roxo & Barata, 2015).

**Tabela 7**

**Correlação entre indicadores de depressão com variáveis sociodemográficas dos pacientes em tratamento hemodialítico.**

<b>Variáveis</b>	<b>Depressão</b>	<b>P</b>
<b>Sexo</b>	r= 0,09917	0,3262
<b>Idade</b>	r= -0,1278	0,2053
<b>Escolaridade</b>	r= -0,05242	0,6045
<b>Estado civil</b>	r= 0,09925	0,3259
<b>Filhos</b>	r= 0,02092	0,8363
<b>Renda</b>	r= -0,08177	0,4186
<b>Religião</b>	r= 0,04915	0,6272
<b>Tempo de diálise</b>	r= 0,05502	0,5866
<b>Transplante realizado</b>	r= -0,08702	0,3893
<b>Tratamento médico</b>	r= 0,04504	0,6564
<b>Familiar em hemólise</b>	r= 0,1389	0,1681
<b>Familiar com doença psiquiátrica</b>	r= 0,2582	<b>0,0095</b>
<b>Uso de álcool</b>	r= -0,08653	0,392
<b>Tabagismo</b>	r= -0,007655	0,9397

*Nota.* P ≤ 0,05

Embora a depressão possa afetar pessoas de todas as idades e de todas as classes sociais, o risco de se ficar deprimido é impulsionado pela baixa aquisição financeira, pelo desemprego, pelo acontecimento de eventos negativos como a morte de um ente querido ou o rompimento de um relacionamento, por doenças físicas ou por problemas causados pelo uso de álcool (WHO, 2017). Note-se que a saúde mental e a qualidade de vida do paciente com

DRC estão intimamente associadas ao nível de depressão do paciente (Santos & Nakasu, 2017).

É importante que os pacientes com DRC possuam suporte familiar, social e religioso, uma vez que esse apoio auxilia tanto no tratamento da doença renal quanto no da depressão, o que pode ser observado a partir dos resultados obtidos em relação a esses dois aspectos (Costa & Coutinho, 2014). A percepção de um suporte social adequado encontra-se associado a uma elevada satisfação pessoal, a uma melhor adesão à terapêutica proposta e a menores níveis de sintomas depressivos nos pacientes que realizam a HD. No entanto, possuir um familiar com doença psiquiátrica resulta em uma correlação positiva na presente pesquisa (Saraiva, 2014).

É importante destacar, também, que a idade, a escolaridade, a renda, o uso de álcool e tabaco e o fato de se ter realizado um transplante renal são fatores que influenciam nos sintomas depressivos. Nesse sentido, entende-se que o sofrimento psicológico frente à doença renal começa logo com o impacto do diagnóstico, pois a pessoa toma conhecimento de que a enfermidade, por ser crônica, a acompanhará até os seus últimos momentos de vida e que, apesar de existir um tratamento, ele é muito doloroso, invasivo e provoca uma série de alterações no dia a dia. Além da dor física, o sujeito vivencia um sofrimento emocional, sentido e significado de diversos modos por cada indivíduo, seja por meio da pouca ingestão de líquidos e da mudança na dieta, seja por meio da presença de um transtorno mental que se instaura seriamente, como no caso da depressão (Almeida & Palmeira, 2018). Há autores que afirmam que pacientes com mais de um ano de tratamento tendem a ter menos sintomas depressivos, em razão da provável adaptação à enfermidade (Costa, Coutinho, Melo & Oliveira et al, 2014).

Porém, apesar de ser um instrumento muito utilizado para verificar a presença de sintomas de depressão, o BDI apresenta itens referentes a problemas físicos, como falta de

apetite, variação de peso e cansaço. Tais sintomatologias podem estar relacionadas à própria doença renal e não necessariamente à presença de sintomas depressivos. Porém o BDI é um instrumento muito utilizado com esse tipo de população (Costa, Coutinho, Melo & Oliveira et al., 2014).

**Tabela 8**

**Correlação entre indicadores de desesperança com variáveis sociodemográficas dos pacientes em tratamento hemodialítico.**

<b>Variáveis</b>	<b>Desesperança</b>	<b>P</b>
<b>Sexo</b>	r= 0,03405	0,7366
<b>Idade</b>	r= 0,02291	0,821
<b>Escolaridade</b>	r= 0,1792	0,0744
<b>Estado civil</b>	r=0,01428	0,8879
<b>Filhos</b>	r=-0,08083	0,424
<b>Renda</b>	r= 0,05873	0,5616
<b>Religião</b>	r= -0,06425	0,5254
<b>Tempo de diálise</b>	r= 0,1639	0,1033
<b>Transplante realizado</b>	r= -0,03805	0,707
<b>Tratamento médico</b>	r= 0,1338	0,1845
<b>Familiar em hemodiálise</b>	r= -0,04856	0,6314
<b>Familiar com doença psiquiátrica</b>	r= 0,1235	0,2209
<b>Uso de álcool</b>	r= -0,09085	0,3687
<b>Tabagismo</b>	r= 0,03584	0,7233

*Nota.* P ≤ 0,05

A desesperança ocorre nos indivíduos quando há acontecimentos de vida negativos que interagem com os estilos inferenciais, o que proporciona um aumento da vulnerabilidade da pessoa perante esse sentimento. Porém, nem todas as pessoas vão se sentir deprimidas ou sem esperança quando se depararem com algum acontecimento negativo (Laranjeira, 2015).

No presente estudo, a escolaridade, os filhos, a religião, a realização de um transplante, o fato de se ter um familiar em hemodiálise e o uso de álcool predizem aspectos relevantes à desesperança nessa população. Apesar disso, nenhum item da presente tabela foi significativamente relevante.

Sabe-se que raramente a presença de alguma doença causa o suicídio por si só. As doenças, na maioria das vezes, elevam a vulnerabilidade ao suicídio, pois ativam a percepção sobre a vida e sobre a falta e as mudanças dos papéis sociais. Em outras palavras, as doenças são responsáveis por ativar a desesperança naquele que passa por tal sofrimento. Outro fator a se destacar é que, em alguns casos, há a insurgência de comorbidades psiquiátricas que comprometem a qualidade de vida do sujeito (Wenzel et al., 2010).

As alterações na rotina, o sofrimento físico e psicológico e a desesperança influenciam constantemente a QV do indivíduo com doença renal crônica e que está em tratamento na hemodiálise. Nesse caso, os sentimentos de impotência perante a situação e a perda das expectativas sobre o futuro podem se fazer presentes. Ser dependente da máquina pode levar o paciente a ter uma reflexão sobre o momento que vivencia e pode provocar um contato constante com o sentimento de finitude (Paula et al., 2017).

Por fim, é de suma importância que o indivíduo com DRC supere os sentimentos de impotência e desesperança, já que essa mudança é indispensável para que esse paciente possa enxergar e encarar outras possibilidades. Assim, na medida em que o enfermo puder reavaliar seus valores e se abrir a outras perspectivas, ele poderá ressignificar sua vida, apesar de, em muitos contextos, perceber a proximidade da morte (Godoy, 2013).

Tabela 9

**Correlação entre indicadores de ideação suicida com variáveis sociodemográficas dos pacientes em tratamento hemodialítico.**

Variáveis	Ideação suicida	P
Sexo	r= 0,1794	0,0741
Idade	r= 0,00837	0,9341
Escolaridade	r= -0,1146	0,2563
Estado civil	r= -0,05357	0,5965
Filhos	r= 0,06363	0,5294
Renda	r= -0,08462	0,4025
Religião	r= -0,08318	0,4107
Tempo de diálise	r= 0,1973	<b>0,0492</b>
Transplante realizado	r= -0,05861	0,5624
Tratamento médico	r= 0,05745	0,5702
Familiar em hemodiálise	r= 0,05568	0,5821
Familiar com doença psiquiátrica	r= 0,2703	<b>0,0065</b>
Uso de álcool	r= -0,07387	0,4652
Tabagismo	r= 0,1293	0,1999

Nota. P ≤ 0,05

Ressalta-se que os itens tempo de diálise e familiar com doença psiquiátrica tiveram correlação significativa.

Qualquer tipo de perda que seja altamente valorizada ou significativa para o sujeito pode ser associada ao aumento para o risco de suicídio (Wenzel et al., 2010).

Pacientes casados (ou que possuem companheiro) e com filhos podem receber ajuda para enfrentar a doença que lhes acomete. Possuir um suporte afetivo é essencial para o enfermo, pois favorece um melhor enfrentamento da enfermidade e suaviza os danos – psicológicos, físicos e socioeconômicos – causados pela doença (Costa, Coutinho & Santana, et al., 2014).



A depressão, em situações extremas, pode levar ao suicídio. Os indivíduos que realizam a HD apresentam um risco aumentado de suicídio em comparação à população em geral. Várias discussões na literatura destacam, de fato, que o risco de suicídio em pacientes renais crônicos é de 10 a 400 vezes mais elevado do que na população geral. Um fator de risco a se destacar é que os indivíduos portadores de DRC, principalmente os que fazem o tratamento hemodialítico, possuem meios letais de fácil acesso, como, por exemplo, sangramento pelas fistulas, ingestão em excesso de potássio, abuso dos líquidos ou até mesmo o não comparecimento às sessões de hemodiálise. Assim, ter alguma doença crônica que comprometa muito a saúde e interfira diretamente nas rotinas diárias acaba elevando as chances de suicídio (Saraiva, 2014; Costa, Coutinho, Melo & Oliveira et al., 2014; Wenzel et al., 2010).

Supõe-se que o suicídio é multifatorial, não podendo ser entendido apenas por um ângulo, pois, na maioria dos casos, há uma relação entre os fatores psicológicos, psiquiátricos, econômicos, culturais e religiosos que necessita ser levada em consideração. Dessa forma, o suicídio se manifesta como uma consequência final de um conjunto de fatores que colocam a vida do indivíduo em risco (Alencar, Maranhão, Fernandes &, Rodrigues, 2018).

Tabela 10

**Correlação entre indicadores de qualidade de vida com variáveis sociodemográficas dos pacientes em tratamento hemodialítico.**

Variáveis	Capacidade funcional	Aspectos Físicos	Dor	Es. ger. saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos Emocionais	Saúde Mental
<b>Sexo</b>	<b>0,0222</b>	0,075	<b>0,056</b>	<b>0,0456</b>	0,4763	<b>0,0096</b>	0,6087	0,4115
<b>Idade</b>	0,2943	0,7979	0,3714	0,5997	0,9876	0,4099	0,0876	0,4779
<b>Escolaridade</b>	0,2848	0,0623	0,9001	0,4013	0,4326	0,958	<b>0,004</b>	0,9061
<b>Es. civil</b>	0,6026	0,1794	0,8992	0,7502	0,7667	0,0809	<b>0,017</b>	0,6722
<b>Filhos</b>	0,3043	0,2046	<b>0,0297</b>	0,5874	0,5445	0,6127	0,0937	0,3088
<b>Renda</b>	0,596	0,1545	0,6847	0,7997	0,7008	0,9423	0,7762	0,8659
<b>Religião</b>	0,1995	0,4268	0,3786	0,2287	0,2389	0,6384	0,4299	0,4707
<b>Tem. diálise</b>	0,2737	0,4159	0,5291	0,5471	0,5865	0,9438	0,8308	0,9496
<b>Transplante</b>	0,0703	0,2733	<b>0,0229</b>	0,8774	0,8456	0,075	0,8102	0,8909
<b>Trat. médico</b>	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>0,0044</b>	0,1505	<b>0,0002</b>	0,2309	<b>0,0561</b>	<b>0,0198</b>	0,2176
<b>Familiar em HD</b>	0,9045	0,2387	0,9243	0,0939	0,5678	0,7596	0,6852	0,2316
<b>Familiar em dm</b>	0,2224	0,122	<b>0,0432</b>	0,1818	0,2134	<b>0,0396</b>	0,0638	<b>0,0381</b>
<b>Bebidas</b>	0,2938	0,4198	0,5944	0,2118	0,2187	0,0926	0,8165	0,7549
<b>Tabaco</b>	<b>0,0043</b>	0,2157	0,5434	0,6101	0,4671	0,9154	> 0,9999	0,7464

Nota.  $P \leq 0,05$ ; dm- doença mental.

As condições clínicas da DRC, somadas às suas repercussões psicossociais, constituem-se como estressores para os pacientes, podendo causar impacto em sua qualidade de vida (Oliveira et al, 2016). As limitações impostas pela hemodiálise podem levar os

indivíduos a enxergar a rotina da terapêutica de uma forma negativista, já que ela influencia na execução de atividades cotidianas e exerce especial impacto em atividades de trabalho. Considerando-se que a hemodiálise requer disciplina e disponibilidade, visto que o paciente necessita comparecer à unidade especializada três vezes por semana, não é surpreendente que essa terapêutica limite a pessoa no que diz respeito à manutenção de suas atividades laborais. Em relação aos fatores psicológicos, os pacientes apresentam, em sua maioria, um sentimento de incapacidade frente à enfermidade e à vida em geral (Santos, Paula et al., 2018).

As complicações físicas causadas pela doença renal e as mudanças decorrentes do tratamento provocam desgaste tanto para o paciente, quanto para os amigos e familiares. A ociosidade por parte do doente faz com que ele se sinta inútil e desvalorizado. O tratamento acaba criando, assim, um cotidiano monótono e com restrições de atividades que antes eram rotineiras, o que reflete, conseqüentemente, na QV (Caveião et al., 2014).

Na maioria das vezes, a DRC influencia no funcionamento físico, profissional e na percepção de vida. Essa enfermidade causa um impacto negativo sobre os quesitos vitalidade e energia, reduzindo ou limitando as interações sociais. Tal impacto pode favorecer o surgimento de problemas relacionados à saúde mental, bem como o aumento nos custos econômicos para o tratamento dialítico, uma vez que a QV é influenciada por vários aspectos da vida do indivíduo (Caveião et al., 2014).

Em suma, considera-se que o suporte de familiares e amigos atua não só como um facilitador para a adaptação à doença e ao tratamento, mas também como uma fonte de otimismo, esperança e qualidade de vida. Como reflexo, há o fortalecimento no cuidado e adesão ao tratamento (Nascimento, Mantovani & Oliveira, 2018).

**Tabela 11**

**Correlação entre indicadores de depressão e indicadores de qualidade de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico.**

<b>Variáveis</b>	<b>Depressão</b>	<b>P</b>
<b>Capacidade funcional</b>	r= -0,1896	<b>0,0588</b>
<b>Aspecto físico</b>	r= -0,2041	<b>0,0417</b>
<b>Dor</b>	r= -0,2044	<b>0,0413</b>
<b>Estado geral de saúde</b>	r= -0,2588	<b>0,0093</b>
<b>Vitalidade</b>	r= -0,4562	<b>&lt; 0,0001</b>
<b>Aspectos sociais</b>	r= -0,2885	<b>0,0036</b>
<b>Aspectos emocionais</b>	r= -0,2211	<b>0,027</b>
<b>Saúde mental</b>	r= -0,4642	<b>&lt; 0,0001</b>

*Nota.* P ≤ 0,05

Nota-se que todos os itens do instrumento aplicado na presente pesquisa tiveram correlação positiva. Nos portadores de DRC, os sintomas depressivos podem estar relacionados às mudanças na qualidade de vida, à diminuição da capacidade funcional e à adesão a medicações e ao tratamento (Costa & Coutinho, 2014). Essa população está mais propensa a ter sua qualidade de vida diminuída, além de haver maior prevalência para transtornos de humor dentro desse grupo. Nota-se que quanto maior a qualidade de vida, menor é a depressão e que, quanto maior o nível de depressão, mais baixos são os níveis de qualidade de vida. Isso significa dizer que tais aspectos são inversamente proporcionais (Stasiak et al., 2014; Costa, Coutinho, Melo & Oliveira et al., 2014).

Percebe-se que os aspectos físicos e emocionais interferem nas atividades diárias dos indivíduos. Pacientes que relatam sentir maior bem-estar emocional declaram sentir menos impacto em suas atividades cotidianas. O que se observa é que as relações sociais são fundamentais para uma melhor saúde emocional e possuir algum impacto na mesma pode trazer prejuízos (Oliveira et al., 2016).

Sabe-se que, quanto mais elevada a idade, maior é a prevalência dos sintomas somáticos. Tais fatores impulsionam, conseqüentemente, a diminuição da qualidade de vida, o aumento de restrições na vida social e, também, o aumento das taxas de depressão nesta população (Stasiak et al., 2014).

Indivíduos que não exercem qualquer tipo de atividade laboral apresentaram maiores sintomas depressivos do que aqueles que exerciam algum tipo de trabalho. O trabalho, quando proporciona um sentido existencial, tem uma estreita relação com a autopercepção do papel social. A atividade laboral é de suma importância, pois ajuda o paciente a se manter ativo, o que reduz, em consequência, os sintomas depressivos. A ocupação laboral contribui para uma melhor qualidade de vida e os autores destacam que, com isso, há menor incidência de transtornos mentais (Andrade et al., 2015).

Em resumo, a prevalência dos sintomas depressivos entre pacientes com DRC em hemodiálise é alta. Os sintomas vivenciados são um importante preditor de pior qualidade de vida, comprometendo desta forma, todos os domínios e influenciando de uma forma negativa a avaliação subjetiva da pessoa sobre sua condição de vida no presente momento (Chiloff et al., 2017).

**Tabela 12**

**Correlação entre indicadores de desesperança e indicadores de depressão dos pacientes em tratamento hemodialítico.**

<b>Variável</b>	<b>Depressão</b>	<b>P</b>
<b>Desesperança</b>	r= 0,3032	<b>0,0022</b>

*Nota.* P ≤ 0,05

Nota-se, por meio dos dados obtidos, que houve uma correlação significativa entre desesperança e depressão, ou seja, apesar de poderem ocorrer, em muitos casos, simultaneamente, uma não influencia a outra. Segundo Andrade et al. (2015), embora exista uma forte correlação entre desesperança e depressão, ambas podem ser consideradas fenômenos parcialmente diferentes. Os resultados encontrados no presente estudo corroboram o estudo dos autores, uma vez que apontam para um maior índice de depressão do que de desesperança.

Apesar dos fatores negativos relacionados à terapêutica e à doença, os aspectos positivos relacionados ao enfrentamento do tratamento revelam otimismo e esperança. Alguns pacientes criam oportunidades para se adaptar aos novos contextos. Nesse caso, reconhecer e enxergar os benefícios do tratamento se torna uma ferramenta útil para ajudar o sujeito a criar uma estratégia de enfrentamento necessária para lidar com a situação. Esse fato pode ser destacado na presente pesquisa, uma vez que a amostra participante mostra-se com baixos níveis de humor deprimido, baixos níveis de desesperança e, também, baixos níveis de ideação suicida. Já a qualidade de vida foi influenciada diretamente pelos fatores relacionados ao diagnóstico e ao tratamento na hemodiálise (Paula et al., 2017).

## **Conclusão**

No presente estudo observa-se que os pacientes que realizavam tratamento hemodialítico apresentaram baixos níveis de depressão, desesperança e ideação suicida.

A qualidade de vida, por sua vez, foi influenciada pelos aspectos envolvidos do próprio tratamento e também pelos aspectos sociodemográficos dos indivíduos, causando assim, prejuízos significativos.

Destaca-se também que ter um familiar com doença psiquiátrica resultou em dados que merecem atenção nessa população.

## Referências

- Alencar, A. V. M., Maranhão, T. L. G., Fernandes, R. M. M., & do Socorro Rodrigues, M. (2018). A Relação entre Depressão e Ideação Suicida na Juventude. *Id on Line-Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 12(39), 519-532. doi: <https://doi.org/10.14295/idonline.v12i39.1011>
- Almeida, L. S., & Palmeira, A. T. (2018). O sofrimento psíquico, a doença renal crônica e as possíveis contribuições do trabalho do psicólogo. *Revista Cientifico*, 18(37), 121-134.
- Andrade, S. V., Sesso, R., & Diniz, D. H. de M. P. (2015). Desesperança, ideação suicida e depressão em pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise ou transplante. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 37(1), 55-63. doi: 10.5935/0101-2800.20150009
- Associação americana de psiquiatria. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5). Porto Alegre: Artmed.
- Caveião, C., Visentin, A., Hey, A. P., Sales, W. B., Ferreira, M. L., & Passos, R. L. (2014). Qualidade de vida em mulheres com doença renal crônica submetida à hemodiálise. *Cadernos da Escola de Saúde*, 1(11), 20-33.
- Chiloff, C. L. M., Cerqueira, A. T. D. A. R., & Balbi, A. L. (2017). Quality of life in the treatment of chronic kidney disease: a challenge. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 39(4), 351-352.
- Cionelle, R.M. (1997). Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “medical outcomes study 36-item short-form health survey (sf-36)” (Dissertação de doutorado). Recuperado em <http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/15360/Tese3099.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



- Coitinho, D., Benetti, E. R. R., Ubessi, L. D., Barbosa, D. A., Kirchner, R. M., Guido, L. de A., & Stumm, E. M. F. (2015). Intercorrências em hemodiálise e avaliação da saúde de pacientes renais crônicos. *Avances en Enfermería*, 33(3), 362-371. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.38016>
- Costa, F. G., & Coutinho, M. da P. de L. (2014). Hemodiálise e depressão: representação social dos pacientes. *Psicologia em Estudo*, 19(4), 657-667. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-73722381608>
- Costa, F. G., Coutinho, M. da P. de L., Melo, J. R. F. de, & Oliveira, M. X de. (2014). Rastreamento da depressão no contexto da insuficiência renal crônica. *Temas em Psicologia*, 22(2), 445-455. doi: <https://dx.doi.org/10.9788/TP2014.2-14>
- Costa, F. G., Coutinho, M. P. L., & Santana, I. O. (2014). Insuficiência renal crônica: representações sociais de pacientes com e sem depressão. *Psico-USF*, 19(3), 387-398. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712014019003002>
- Costa, P. B., Vasconcelos, K. F. S., & Tassitano, R. M. (2010). Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE. *Fisioterapia em movimento*, 23(3), 461-471.
- Coutinho, M. da P. de L., & Costa, F. G. (2015). Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 449-459. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p449>
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da Versão em Português das Escalas Beck*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Dias, D. R., Shiozawa, P., Miorin, L. A., & Cordeiro, Q. (2015). Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença renal crônica em programa de hemodiálise: um estudo transversal. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 60(2), 65-71.

- Fassbinder, T. R. C., Winkelmann, E. R., Schneider, J., Wendland, J., & Oliveira, O. B. de. (2015). Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise - Um estudo transversal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 37(1), 47-54. doi: 10.5935/0101-2800.20150008
- Godoy, R. F. (2013). Ansiedade, depressão e desesperança em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, 13(3), 1089-1102.
- Gonçalves, F. A., Dalosso, I. F., Borba, J. M. C., Bucaneve, J., Valerio, N. M. P., Okamoto, C. T., & Bucharles, S. G. E. (2015). Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou diálise peritoneal: estudo comparativo em um serviço de referência de Curitiba- PR. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 37(4), 467-474. doi: <https://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150074>
- Gorayeb, R. e colaboradores (2015). A prática da psicologia no ambiente hospitalar. Novo Hamburgo: Sinopys.
- Freitas, P. P. W. de., & Cosmo, M. (2010). Atuação do psicólogo em hemodiálise. *Revista da SBPH*, 13(1), 19-32.
- Laranjeira, P. I. C. (2015). *A relação entre depressão e ideação suicida em jovens adultos: o papel mediador da desesperança e da dor mental* (Tese de mestrado). Disponível em [https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/16838?mode=full&submit\\_simple=Mostrar+registo+em+formato+completo](https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/16838?mode=full&submit_simple=Mostrar+registo+em+formato+completo)
- Leimig, M. B. C., Lira, R. T., Peres, F. B., Ferreira, A. G. D. C., & Falbo, A. R. (2018). Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e esperança em pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. *Rev. Soc. Bras. Clin. Méd.*, 16(1), 30-36.
- Lira, C. L. O. B. de, Avelar, T. C. de, & Bueno, J. M. M. H. (2015). Coping e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 6(1), 82-99.

- Nascimento, M. E. B. do, Mantovani, M. F., & Oliveira, D. C. de. (2018). Cuidado, doença e saúde: representações sociais entre pessoas em tratamento dialítico. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(1), 1-10. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018003290016>
- Roxo R. C., & Barata, N. E. (2015). Relação Diádica e Qualidade de Vida de Pacientes com Doença Renal Crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 37(3), 315-322. doi: <https://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150051>
- Santos, B. P., Oliveira, V. A., Soares, M. C., & Schwartz, E. (2017). Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 42(1), 8-14. doi: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.943>
- Santos, B. P., Paula, E. A., Moraes, E. S., Kickhöfel, M. A., Farias, J. S., & Schwartz, E. (2018). Doença renal crônica: a experiência com o transplante renal. *Enfermagem Revista*, 21(1), 22-33.
- Santos, L. F., Prado, B. da C., Castro, F. P. dos S., Brito, R. F., Maciel, S. C., & Avelar, T. C.. (2018). Qualidade de Vida em Transplantados Renais. *Psico-USF*, 23(1), 163-172. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230114>
- Santos, A. C. M., & Nakasu, M. V. P. (2017). Prevalência de sintomas de estresse e depressão em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em um hospital escola do sul de Minas Gerais. *Revista Ciências em Saúde*, 7(2), 16-22. doi: <http://dx.doi.org/10.21876/rcsfmit.v7i2.659>
- Saraiva, M. M. C. F. (2014). *A depressão e a religiosidade em doentes hemodialisados* (Tese de mestrado). Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/20195>
- Sesso, R.C., Lopes, A.A., Thomé, F.S., Lugon, J.R., & Martins, C.T. (2017). Inquérito brasileiro de diálise crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 39(3), 261-266. doi: 10.5935/0101-2800.20170049

- Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). (2018). O que é diálise peritoneal?. Recuperado em <https://sbn.org.br/publico/tratamentos/dialise-peritoneal/>
- Souza, F. T. Z. D., & Oliveira, J. H. A. D. (2017). Sintomas depressivos e ansiosos no paciente renal crônico em tratamento conservador. *Revista Psicologia e Saúde, 9*(3), 17-31.
- Stasiak, C. E. S., Bazan, K. S., Kuss, R. S., Schuinski, A. F. M., & Baroni, G. (2014). Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia, 36*(3), 325-331. doi: <https://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20140047>
- Oliveira, A. P. B., Schmidt, D. B., Amatneeks, T. M., Santos, J. C., Cavallet, L. H. R., & Michel, R. B. (2016). Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. *Jornal Brasileiro de Nefrologia, 38*(4), 411-420. doi:10.5935/0101-2800.20160066
- Ottaviani, A. C., Betoni, L. C., Pavarini, S. C. I., Say, K. G., Zazzetta, M. S., & Orlandi, F. de S. (2016). Associação entre ansiedade e depressão e a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Texto & Contexto- Enfermagem, 25*(3), 1-8. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000650015>
- Paula, T. B., Souza, B. M., Medeiro, N., El Malt, S. M., Gutierrez, F., Lourenço, L. D. A., & Zihlmann, K. F. (2017). Potencialidade do Lúdico como Promoção de Bem-Estar Psicológico de Pacientes em Hemodiálise. *Psicologia Ciência e Profissão, 37*(1), 146-158. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000682014>
- Piccolli, A.P., Nascimento, M.M., Riella, M.C. (2017). Prevalência da doença renal crônica em uma população do Sul do Brasil (estudo Pro-Renal). *Jornal Brasileiro de Nefrologia, 39*(4), 384-390. doi: 10.5935/0101-2800.20170070

Wenzel, A., Brown, G.k., & Beck, A.T. (2010). Terapia cognitivo-comportamental para paciente suicidas. Porto Alegre: Artmed.

World Health Organization (WHO). (2017). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Recuperado em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>

Wright, J. H., Sudak, D. M., Turkington, D., & Thase, M. E. (2012). Terapia cognitivo-comportamental de alto rendimento para sessões breves. Porto Alegre: Artmed.

## APÊNDICES

**Apêndice I****QUESTIONÁRIO INICIAL**

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Número de identificação no estudo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

Endereço: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade/Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

O(a) senhor(a) já foi à escola? (1) Sim (2) Não

Qual o nível educacional mais alto que o senhor já alcançou:

(1) Ensino fundamental incompleto (não finalizou a 8ª série)

(2) Ensino fundamental completo (1ª a 8ª série)

(3) Ensino médio incompleto

(4) Ensino médio completo

(5) Universitário incompleto

(6) Universitário completo

(7) Outro \_\_\_\_\_

Atualmente o senhor (a):

(1) É casado(a) (no civil e/ou religioso)

(2) Tem companheiro(a)\*

(3) É divorciado(a)

(4) É viúvo(a)

(5) É solteiro(a)

\*Relacionamento por pelo menos seis meses, sem contrato legal ou religioso, residindo ou não na mesma casa.

O(a) senhor(a) tem filhos? ( ) Sim ( ) Não

Quantos? \_\_\_\_\_

Qual a sua atividade profissional? \_\_\_\_\_

Renda familiar: \_\_\_\_\_

Em relação à religião, o(a) senhor(a) diria que é: \_\_\_\_\_

(1) Ateísta

(2) Acredito em Deus, mas não sigo nenhuma religião

(3) Católico

(4) Testemunha de Jeová

(5) Evangélico

(6) Espírita



(7) Budista

(8) Outro

Doenças (DM, HAS): \_\_\_\_\_

Há quanto tempo faz diálise: \_\_\_\_\_

Já realizou transplante? \_\_\_\_\_

Tratamento de referência: \_\_\_\_\_

Algum familiar fez/faz hemodiálise? \_\_\_\_\_

Tem histórico familiar de doença psiquiátrica? \_\_\_\_\_

Faz uso de bebidas alcoólicas? \_\_\_\_\_

Tabagista? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Modelo em acordo com a Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

#### Título do estudo: Depressão, desesperança, ideação suicida e qualidade de vida de pacientes em tratamento hemodialítico



Você está sendo convidado a participar do estudo científico, porque está em tratamento na unidade de hemodiálise do Hospital de Base de São José do Rio Preto. Considerando a importância da prática baseada em evidências na área da saúde, obter dados sobre depressão, desesperança, ideação suicida e qualidade de vida em pacientes em tratamento hemodialítico permite aprimorar os cuidados aos pacientes e desenvolver maiores conhecimentos científicos.

Esse estudo será realizado para fornecer dados e talvez aperfeiçoar o tratamento de pessoas que passam pelo mesmo procedimento.

#### DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

O objetivo desse estudo é correlacionar os indicadores de depressão, desesperança, ideação suicida, qualidade de vida e dados sociodemográficos dos pacientes em tratamento na unidade de hemodiálise do Hospital de Base de São José do Rio Preto.

#### COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Você será convidado pessoalmente pelo próprio pesquisador para participar do estudo.

O estudo será realizado da seguinte maneira: será respondido um questionário sociodemográfico e,



também serão respondidos quatro instrumentos com o objetivo de avaliar os indicadores de depressão, desesperança, ideação suicida e qualidade de vida. Se você aceitar participar do presente estudo, você assinará este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderá o questionário e os instrumentos em um momento propício.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seu nome será substituído por outro, preservando sua identidade.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados serão divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

### **ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?**

Os procedimentos poderão trazer os seguintes riscos: trazer material psicológico indesejado à tona, como ansiedade e depressão, por exemplo. É possível que você não receba o benefício ao participar deste estudo, porém sua participação irá contribuir para descobrir a relação entre depressão, desesperança, ideação suicida, qualidade de vida e dados sociodemográficos, mostrando a importância dessa relação para os pacientes em tratamento hemodialítico. É importante ressaltar que para qualquer demanda detectada serão disponibilizados suporte emocional e acolhimento.

### **O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?**

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesa por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.



Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa, você pode procurar o **pesquisador responsável** Psicóloga Mariana Vidotti Grandizoli, pelo e-mail ([mariana.vidotti@hotmail.com](mailto:mariana.vidotti@hotmail.com)) ou pelo telefone ((17) 98122-8032).

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: [cepfamerp@famerp.br](mailto:cepfamerp@famerp.br).



Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

---

Pesquisador Responsável

Mariana Vidotti Grandizoli

---

Orientador

Dr. Gerardo Maria de Araújo Filho

---

Participante da Pesquisa ou Responsável

(Nome e Assinatura)

## **ANEXOS**









## ANEXO IV

**VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36**

Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

**1. Em geral, você diria que sua saúde é:**

1 – Excelente      2 - Muito boa      3 – Boa      4 – Ruim      5 - Muito ruim

**2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?**

1 - Muito melhor      2 - Um pouco melhor      3 - Quase a mesma  
4 - Um pouco pior      5 - Muito pior

**3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum.**

**DEVIDO A SUA SAÚDE, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?**

	Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
A	<b>Atividades vigorosas,</b> Que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
B	<b>Atividades moderadas,</b> Tais como mover uma mesa, passar aspirados de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
C	Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D	Subir <b>vários</b> lances de escada	1	2	3
E	Subir um lance de escada	1	2	3
F	Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G	Andar <b>mais de 1 quilometro</b>	1	2	3
H	Andar <b>vários quarteirões</b>	1	2	3
I	Andar <b>um</b> quarteirão	1	2	3
J	Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

**4. Durante as ÚLTIMAS 4 SEMANAS, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, COMO CONSEQUENCIA DE SUA SAÚDE FÍSICA?**

		Sim	Não
A	Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B	Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	1	2
C	Esteve <b>limitado</b> no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D	Teve <b>dificuldade</b> de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)?	1	2

**5. Durante as ÚLTIMAS 4 SEMANAS, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum PROBLEMA EMOCIONAL (como sentir-se deprimido ou ansioso)?**

		Sim	Não
A	Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B	Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	1	2
C	Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto <b>cuidado</b> como geralmente	1	2

faz?		
------	--	--

**6. Durante as ÚLTIMAS 4 SEMANAS, de que maneira sua SAÚDE FÍSICA ou PROBLEMAS EMOCIONAIS interferiram nas suas atividades sociais normais ( família, vizinhos, amigos)?**

- 1 - De forma nenhuma                      2 – Ligeiramente                      3 - Moderadamente  
4 – Bastante                                      5 - Extremamente

**7. Quanta DOR no corpo você teve durante as ÚLTIMAS 4 SEMANAS?**

- 1 – Nenhuma                                      2 - Muito leve                                      3 - Leve  
4 – Moderada                                      5 – Grave                                      6 - Muito grave

**8. Durante as ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quanto a DOR interferiu com o seu TRABALHO normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?**

- 1 - De maneira alguma                      2 - Um pouco                                      3 - Moderadamente  
4 – Bastante                                      5 - Extremamente

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

		Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A	Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B	Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C	Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D	Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
E	Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F	Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G	Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H	Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I	Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

**10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas ATIVIDADES SOCIAIS (como visitar amigos, parentes, etc.)?**

- 1 - Todo o tempo                                      2 - A maior parte do tempo                                      3 - Alguma parte do tempo  
4 - Pequena parte do tempo                      5 - Nenhuma parte do tempo

**11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?**

		Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
A	Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras	1	2	3	4	5

	peessoas					
B	Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
C	Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D	Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5