

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO**

**Faculdade de Ciências – Câmpus Bauru**

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e  
Aprendizagem**

**ANDREIA BARBOSA DE LIMA**

**ESTRESSE, DEPRESSÃO E SUPORTE FAMILIAR EM PACIENTES EM DIÁLISE  
PERITONEAL E HEMODIÁLISE**

**BAURU**

**2016**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO**

**Faculdade de Ciências – Câmpus Bauru**

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e  
Aprendizagem**

**ANDREIA BARBOSA DE LIMA**

**ESTRESSE, DEPRESSÃO E SUPORTE FAMILIAR EM PACIENTES EM DIÁLISE  
PERITONEAL E HEMODIÁLISE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências de Bauru – UNESP, como requisito para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, área de concentração Comportamento e Saúde, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sandra Leal Calais.

**BAURU**

**2016**

Lima, Andréia Barbosa de.  
Estresse, depressão e suporte familiar em pacientes  
em diálise peritoneal e hemodiálise / Andréia Barbosa  
de Lima, 2016  
73 f.

Orientador: Sandra Leal Calais

Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual  
Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2016

1. Estresse. 2. Depressão. 3. Suporte familiar. 4.  
Doença renal crônica. 5. Terapia renal substitutiva I.  
Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências.  
II. Título.

**ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE ANDREIA BARBOSA DE LIMA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS.**

Aos 10 dias do mês de março do ano de 2016, às 14:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profª Drª SANDRA LEAL CALAIS do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Prof. Ms. DANIEL MARCHI do(a) Departamento de Nefrologia / Hospital Estadual de Bauru, Profª Drª OLGA MARIA PIAZENTIM ROLIM RODRIGUES do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de ANDREIA BARBOSA DE LIMA, intitulada **Stress, depressão e percepção de suporte familiar em pacientes em diálise peritoneal e hemodiálise**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profª Drª SANDRA LEAL CALAIS

Prof. Ms. DANIEL MARCHI

Profª Drª OLGA MARIA PIAZENTIM ROLIM RODRIGUES

*Dedico especialmente este trabalho aos pacientes renais crônicos, os quais eu admiro e respeito pela caminhada tortuosa, pela superação e ensinamentos sobre a vida, pois foi com eles que aprendi humildemente que “ter uma doença, não significa se sentir doente”. Então, digo que Deus sabia e conhecia a minha jornada, e marcou esse encontro para que no fundo eu me humanizasse e fosse mais digna dessa vida, bem como exercesse o amor ao próximo.*

*Concluo com um trecho da obra de Fernando Sabino, O Encontro Marcado.*

*De tudo ficaram três coisas...*

*A certeza de que estamos começando...*

*A certeza de que é preciso continuar...*

*A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar...*

*Façamos da interrupção um caminho novo...*

*Da queda, um passo de dança...*

*Do medo, uma escada...*

*Do sonho, uma ponte...*

*Da procura, um encontro!*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus que me concedeu a vida, o desejo do conhecimento e a fé para não desistir de Suas promessas.

À Professora Doutora Sandra Leal Calais pelo aceite no programa, pela confiança nesse desafio, pela caminhada e pela parceria. Querida, você foi a melhor coisa que aconteceu no mestrado, fui surpreendida com seu conhecimento, acolhimento, amizade e humanidade. Ganhei sem dúvida, e, como ganhei...gratidão eterna...

Aos meus pais, irmãos, cunhadas e sobrinhos, os quais tiveram paciência em tolerar o estresse nessa jornada, bem como a ausência em diversas situações.

Ao Dr. Daniel Marchi que inspira conhecimento pela ciência que envolve o paciente renal crônico, pela sua disposição e organização diante dessa área complexa. E por prontamente aceitar o convite para participar da Banca Examinadora com suas contribuições. Siga em frente Dr. Daniel!

A Professora Doutora Olga Rodrigues, a quem sempre admirei no Programa pela experiência e motivação na vida acadêmica. Meu agradecimento por participar e contribuir grandemente com esse trabalho, e aceitar esse desafio. Seja sempre fonte de inspiração!

Ao Dr. Edson Carvalho de Melo e Dr.<sup>a</sup> Carmem Neme que aceitaram participar como suplentes da Banca, sendo pessoas de muita confiança para da mesma forma auxiliarem e contribuírem com esse trabalho, se colocando sempre à disposição. Dr. Edson seu conhecimento e sua dedicação são fontes de motivação, você é admirável! Dr.<sup>a</sup> Carmem, sua experiência e perseverança energiza a nossa caminhada, obrigada!

Às estagiárias Juliana e Patricia, que abraçaram a causa sem nenhum conhecimento do que seria esse trabalho e o paciente renal crônico, participaram na

coleta da pesquisa com muita dedicação e compromisso. Parabéns psicólogas, o caminho de vocês é promissor!

Às minhas colegas de trabalho e amiga Maria Alice que sempre manteve uma postura apoiadora e incentivadora para que eu permanecesse nessa jornada, sua amizade genuína sempre me auxiliou nas dificuldades encontradas, principalmente as relacionadas a conciliar o trabalho, pesquisa e a atividade do Mestrado. Obrigada e gratidão pela sua amizade!

Ao Professor Doutor Hugo Cardoso que tive o prazer de conhecer nesse projeto, muito obrigada pela imensa contribuição, que sem rodeios somou com esse trabalho e manteve-se sempre disposto a colaborar, e colaborou! Seu futuro será brilhante!

Aos enfermeiros, técnicos, médicos, recepcionistas e outros profissionais do HEB e Centro de Terapia Renal Substitutiva pela parceria e compreensão da importância do trabalho.

Um agradecimento especial à equipe do HB, as enfermeiras e recepcionistas do ambulatório de diálise que se envolveram diretamente com a pesquisadora de maneira que contribuíram grandemente no processo da coleta de dados. Inúmeras vezes foi preciso abordar o paciente durante o tratamento, antes das consultas médicas ou de enfermagem, o que inevitavelmente alterou a rotina desses profissionais, porém os mesmos sempre pacientes e disponíveis para contribuir. Muito obrigada pelo acolhimento e compreensão!

Aos pacientes, peço a Deus forças para lutar e que nessa caminhada encontrem pessoas capazes de acolher, de cuidar e de respeitar suas limitações e sofrimentos diante da doença e tratamento.

## RESUMO

As doenças crônicas na atualidade têm recebido atenção especial das organizações que tratam da saúde. Essas doenças repercutem de diversas maneiras no cotidiano do indivíduo, envolvendo seus aspectos físico, psicológico e social. Uma das doenças crônicas que está incidindo de forma negativa na vida do sujeito é a Doença Renal Crônica (DRC), a qual se refere à alteração na função do rim, de modo que, quando avançada leva o paciente a iniciar a Terapia Renal Substitutiva (TRS). Os dois métodos de TRS são a hemodiálise (HD) e a diálise peritoneal (DP), o primeiro é realizado em ambiente ambulatorial e o segundo em domicílio. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi relacionar a presença de estresse e depressão considerando a percepção de suporte familiar em pacientes em diálise peritoneal e hemodiálise, associada a dados demográficos. Participaram da pesquisa 77 sujeitos que realizam TRS, esses foram divididos em dois grupos, 47 pacientes que realizam HD ambulatorial e 30 pacientes em DP domiciliar de dois centros de diálise. Os instrumentos foram Questionário Sociodemográfico, Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e Escala Baptista de Depressão (EBADEP-Hosp-Amb). A análise dos dados foi realizada pelos testes *Mann Whitney* e *Kruskal Wallis*. Os resultados desse estudo apontaram que os pacientes em DP apresentam maior sintomatologia de estresse do que os que realizam HD, no que se refere à sintomatologia de depressão, os dois grupos apresentaram baixa sintomatologia, e em relação a percepção do suporte familiar, os pacientes em DP mantiveram a classificação Alta e os em HD Médio-Alto. No que tange aos cruzamentos dos dados com os sociodemográficos, houve ocorrência de significância estatística para o grupo de HD em relação ao gênero, estado civil, satisfação com a religião, suporte religioso e tempo de tratamento. Os achados referentes ao grupo de DP contrariaram a hipótese, apresentando maior frequência de estresse comparado aos pacientes que realizam HD. Este trabalho apresentou algumas limitações como o número de pacientes e possibilidade de comparação com outros estudos com a mesma amostra e instrumentos utilizados. No entanto, sua relevância na área da Psicologia e interface com outras áreas da saúde pode ser a semente para outros projetos a fim de minimizarem a dor pela qual tantos pacientes estão expostos diante da doença e tratamento.

Palavras Chave: estresse, depressão, suporte familiar, doença renal crônica, terapia renal substitutiva.



## ABSTRACT

Chronic diseases nowadays are receiving special attention from the health organizations. These diseases reverberate in different ways in the daily life of the individual, involving its physical, psychological and social aspects. One of the chronic diseases that is incurring in a negative way on the person's life is the Chronic Kidney Disease (DRC), which refers to the kidney's function alteration, in such way that, when advanced, it takes the patient to start Kidney Replacement Therapy (TRS). The two TRS methods are hemodialysis (HD) and peritoneal dialysis (DP); the first is done in an ambulatory ambient and the second at home. In these terms, the purpose of this study was to relate the presence of stress and depression considering the perception of family support in patients in peritoneal dialysis and hemodialysis, associated to demographic data. 77 people who passed through TRS were part of this research, those were divided in two groups, 47 patients who did ambulatory HD and 30 patients who did DP at home from two dialysis center. The instruments were the Sociodemographic Questionnaire, Lipp's Inventory of Symptoms of Stress for Adults (ISSL), Perception of Family Support Inventory (IPSF) and Baptista's Depression Scale (EBADEP-Hosp-Amb). This study's results pointed the patients in DP presented bigger symptomatology of stress than the ones in HD. In the matter of depression's symptomatology, both groups presented low symptomatology, and in relation to the family's support perception, the patients in DP maintained a High classification and the ones in HD, Medium-High. Concerning the crossing of the data with the Sociodemographics, there was an occurrence of statistical significance for the group in HD in regarding the genre, marital status, fulfillment with religion, religious support and time of treatment. What was found in relation to the group in DP contradicted the hypothesis, presenting more frequency of stress compared to the patients in HD. This study presented some limitations such as the number of patients and possibility of comparison to other studies with the same sample and instruments used. However, its importance on the Psychology field and interface with other health areas can be a seed for other projects in order to minimize the pain to which so many patients are exposed before the disease and treatment.

Key-words: Stress; Depression; Family support; Chronic Kidney Disease; Kidney Replacement Therapy

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Frequência e porcentagem do ISSL quanto às fases e sintomas do estresse nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise.....41
- Tabela 2** - Classificação do IPSF quanto aos itens afetivo-consistente, adaptação e autonomia nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise.....42
- Tabela 3** - Classificação da Escala de Depressão EBADEP-HOSP-AMB nos pacientes dos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise.....42
- Tabela 4** - Comparação entre os grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação aos instrumentos IPSF e EBADEP-HOSP-AMB de acordo com o Mann Whitney.....43
- Tabela 5** - Comparação entre os gêneros no grupo de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao ISSL, de acordo com o Mann Whitney.....43
- Tabela 6** - Comparação entre os gêneros no grupo de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao instrumento IPSF de acordo com o Mann Whitney.....44
- Tabela 7** - Comparação entre os gêneros no grupo de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Mann Whitney.....44
- Tabela 8** - Comparação entre os gêneros no grupo de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Mann Whitney.....45

<b>Tabela 9</b> - Comparação entre estado civil nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao IPSF, de acordo com Kruskal Wallis.....	45
<b>Tabela 10</b> - Comparação entre estado civil nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Kruskal Wallis.....	46
<b>Tabela 11</b> – Comparação entre o número de filhos nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao ISSL, de acordo com o Kruskal Wallis.....	46
<b>Tabela 12</b> – Comparação entre número de filhos nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao IPSF, de acordo com o Kruskal Wallis.....	46
<b>Tabela 13</b> – Comparação entre o número de filhos nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Kruskal Wallis.....	47
<b>Tabela 14</b> - Comparação entre escolaridade nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao ISSL, de acordo com o Kruskal Wallis.....	47
<b>Tabela 15</b> – Comparação entre escolaridade nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao IPSF, de acordo com o Kruskal Wallis.....	48
<b>Tabela 16</b> - Comparação entre escolaridade nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Kruskal Wallis.....	48
<b>Tabela 17</b> - Comparação entre religião nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao ISSL, de acordo com o Kruskal Wallis.....	49

<b>Tabela 18</b> - Comparação entre opção religiosa nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao IPSF, de acordo com o Kruskal Wallis.....	49
<b>Tabela 19</b> - Comparação entre religião nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Kruskal Wallis.....	50
<b>Tabela 20</b> - Comparação entre satisfação com a religião nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao ISSL, de acordo com o Kruskal Wallis.....	50
<b>Tabela 21</b> - Comparação entre satisfação com a religião nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao IPSF, de acordo com o Kruskal Wallis.....	51
<b>Tabela 22</b> - Comparação entre satisfação com a religião nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Kruskal Wallis.....	51
<b>Tabela 23</b> - Comparação entre satisfação com a religião nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao ISSL, de acordo com o Kruskal Wallis.....	52
<b>Tabela 24</b> - Comparação entre suporte religioso nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao IPSF, de acordo com o Kruskal Wallis.....	52
<b>Tabela 25</b> - Comparação entre satisfação com a religião nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Kruskal Wallis.....	53

**Tabela 26** - Comparação entre trabalho nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao ISSL, de acordo com o Kruskal Wallis.....53

**Tabela 27** - Comparação entre trabalho nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao IPSF, de acordo com o Kruskal Wallis.....53

**Tabela 28** - Comparação entre trabalho nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Kruskal Wallis.....54

**Tabela 29** - Comparação entre tempo de tratamento nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao ISSL, de acordo com o Kruskal Wallis.....55

**Tabela 30** - Comparação entre tempo de tratamento nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao IPSF, de acordo com o Kruskal Wallis.....55

**Tabela 31** - Comparação entre tempo de tratamento nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Kruskal Wallis.....56

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDI	Inventário de Depressão de Beck
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DP	Diálise Peritoneal
DRC	Doença Renal Crônica
DRCT	Doença Renal Crônica Terminal
EPQ-RS	Questionário de Personalidade de Eysenk
FAV	Fístula Arteriovenosa
GNC	Glomerulonefrite Crônica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HD	Hemodiálise
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço
IPSF	Inventário de Percepção de Suporte Familiar
IR	Insuficiência Renal
IRC	Insuficiência Renal Crônica
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress Lipp
ITU	Infecção do Trato Urinário
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
MEEM	Miniexame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAD	Programa de Ayuda a la Decisión

QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SF-36	Short-Form Health Survey
SPSS	Statistical Package for Social Science for Windows
SUS	Sistema Único de Saúde
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva

## LISTA DE ANEXOS

Anexo A	Parecer Consubstanciado do CEP.....	70
Anexo B	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	72
Anexo C	Questionário de Dados de Identificação e Dados Sociodemográficos.....	73



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>33</b>
<b>Geral.....</b>	<b>33</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>34</b>
<b>3.1 Participantes e local.....</b>	<b>34</b>
<b>3.2 Aspectos éticos da pesquisa.....</b>	<b>34</b>
<b>3.3 Instrumentos.....</b>	<b>35</b>
<b>3.4 Procedimentos.....</b>	<b>37</b>
<b>3.5 Procedimentos de Análise de Dados.....</b>	<b>37</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
<b>4.1 Caracterização dos participantes.....</b>	<b>39</b>
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>57</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>66</b>

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho está diretamente relacionado à pesquisadora devido a sua prática profissional em um Hospital Geral de alta complexidade, no qual funciona um Centro de Terapia Renal Substitutiva.

A atuação com os pacientes renais crônicos em diálise levanta várias indagações, e diante de muitas delas o objetivo de desenvolver esse trabalho. Inicialmente serão apresentadas as definições de algumas alterações emocionais a que qualquer indivíduo está exposto, bem como o paciente renal crônico. Essas alterações referem ao estresse e depressão. Posteriormente será abordada a temática do suporte familiar, sendo esses os três eixos principais da pesquisa.

Para organização desse trabalho e seu desenvolvimento, na sequência serão expostas considerações acerca da doença renal crônica, os tipos de tratamento, incluindo a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante. Desse mesmo modo será contextualizada a situação atual sobre aspectos da doença, tratamento, doenças de base e outros dados estatísticos levantados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Na sequência serão apresentados alguns estudos relacionados com estresse, depressão, qualidade de vida, aspectos cognitivos, suporte familiar, entre outros pertinentes para a evolução e conclusão da pesquisa.

Após a revisão de literatura foi caracterizada a amostra desse estudo, considerando os dados sociodemográficos e apresentados os resultados por meio desses dados com instrumentos utilizados (ISSL, EBADEP-HOSP-AMB e IPSF).

Por fim, a discussão considerando os trabalhos em conformidade ou não com esta pesquisa e as considerações finais.

## 1. INTRODUÇÃO

O estresse, de acordo com Hans Selye citado por Lipp (2003), envolve alterações no organismo que justificam seus sintomas. Tais alterações foram descritas por Selye quando verificou que ratos reagiam a estímulos apresentados, demonstrando alterações no timo (redução), nas suprarrenais (dilatação do córtex) e na área gastrointestinal (aparecimento de úlceras). Essa tríade, mais tarde, foi transposta para o homem com adaptações. Para Selye (1956), o estresse se desenvolve em três fases: alerta, resistência e exaustão. Na primeira fase, o indivíduo se prepara para uma reação de fuga ou luta, que é essencial para a preservação da vida. Caso o estresse permaneça, a fase de resistência inicia-se quando o organismo tenta uma adaptação, procurando um equilíbrio interno. Quando um indivíduo não possui estratégias para lidar com o estresse, o organismo acaba com sua reserva de energia adaptativa e a fase de exaustão se manifesta; fase em que doenças mais graves podem aparecer.

A partir do modelo trifásico de Selye, Lipp (2003) propôs um modelo quadrifásico, no qual o processo de estresse se desenvolve a partir de quatro fases. 1) Fase de Alerta: neste estágio a pessoa precisa produzir mais força e energia e vários processos neuroquímicos são acionados. Contudo, há uma quebra na homeostase nesta fase, pois o esforço maior despendido não visa à manutenção do equilíbrio interior, mas o enfrentamento da situação ameaçadora. 2) Fase de Resistência: ocorre um aumento na capacidade de resistência, acabando por sobrecarregar ainda mais o sistema endócrino, hormonal, neurológico e outros. Nesse sentido, quanto maior o esforço do organismo para se adaptar e restabelecer o equilíbrio interno, maior é o seu desgaste. 3) Fase de Quase-Exaustão: neste ponto do estresse as defesas do organismo começam a ceder, ficando ainda mais prejudicado, o que traz deficiência para o restabelecimento da homeostase interior. Não é incomum que a pessoa oscile entre momentos de bem-estar e tranquilidade e momentos de desconforto, cansaço e ansiedade. Algumas doenças podem surgir, evidenciando que a imunidade não está tão eficaz. 4) Fase de Exaustão: ocorre um aumento das estruturas linfáticas, esgotamento psicológico em forma de depressão e fragilidade física, na forma de doenças que começam a aparecer, podendo ocasionar a morte como resultado final. Porém, apesar de sua gravidade, ela pode ser reversível com a devida intervenção.

Desta forma, de acordo com Lipp (2003), o estresse excessivo produz uma série de consequências para o indivíduo em si, para sua família e meio social em que está inserido, seja trabalho, comunidade ou outros. No que tange aos aspectos psicológicos, produz cansaço mental, dificuldade de concentração, perda da memória imediata, apatia e indiferença emocional. As atividades laborais sofrem queda e a criatividade fica comprometida. Da mesma forma, a libido fica reduzida e os problemas físicos se tornam cada vez mais frequentes. Com todos esses comprometimentos e alterações, a qualidade de vida do indivíduo sofre alterações e frequentemente os pacientes perdem, inclusive, o desejo pela vida. A condição grave e contínua de estresse pode levar, desta forma, à depressão, que tem merecido estudo e atenção por parte dos profissionais que atuam com sujeitos expostos a esse transtorno, pois assim como o estresse, a depressão pode acarretar impacto na qualidade de vida do indivíduo, repercutindo na vida afetiva, social, profissional e familiar.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a depressão é um transtorno mental frequente, que se caracteriza pela presença de tristeza, perda de interesse, sentimentos de culpa, autoestima prejudicada, transtornos do sono e do apetite, sensação de cansaço e falta de concentração. A depressão crônica e recorrente dificulta as atividades laborais e a capacidade de autocuidado diário. A forma mais grave dessa doença pode conduzir o indivíduo ao suicídio. Esse transtorno é diagnosticado de forma fácil, podendo ser tratado por especialistas no âmbito da atenção primária, e dados da OMS apontam que em 2020/2030 a depressão será a doença mais comum do mundo, e que, atualmente, afeta mais de 121 milhões de pessoas.

A depressão pode apresentar características de uma patologia grave ou ser apenas um sintoma do indivíduo diante de uma situação da vida. De acordo com o Código Internacional de Doenças (CID 10), os transtornos de humor se caracterizam pela alteração do humor ou afeto, fator que leva a alteração de atividades, as quais estão relacionadas a eventos ou situações estressoras.

Historicamente a depressão é abordada de longa data. Hipócrates, citado por Baptista (2012) é o nome associado à teoria humoral e, nesse período referente ao século IV a.C., alguns tratamentos eram instituídos como purga e remoção do sangue para o tratamento da melancolia. Atualmente a depressão pode ser considerada como um dos mais prevalentes transtornos mentais, podendo acometer pessoas de ambos os sexos, diferentes faixas etárias e características. É abordada como um grupo de sintomas

psicológicos e fisiológicos que pode se apresentar em um episódio ou de maneira contínua, variando de intensidade leve a severa (BAPTISTA, 2012).

Os transtornos depressivos no DSM V (2014) incluem vários tipos de patologias, incluindo: disruptivo da desregulação do humor; depressivo maior; depressivo persistente; disfórico pré-menstrual; depressivo induzido por substâncias/ medicamentos; depressivo devido à outra condição médica; outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. O Transtorno Depressivo Maior inclui sintomas de humor deprimido, acentuada diminuição do interesse ou prazer pelas atividades rotineiras, perda ou ganho de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia quase diariamente, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada, diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar e tomar decisões, e pensamentos recorrentes de morte. Esses sintomas são geradores de sofrimento significativo, ocasionando prejuízo no funcionamento social, profissional e em outras áreas do indivíduo.

Nesta condição de depressão, a família pode ser bastante afetada podendo proporcionar ou não o apoio necessário ao sujeito acometido por este transtorno. As pessoas, diante de uma situação que ameaça o seu equilíbrio, em específico a sua condição de saúde física ou mental, podem apresentar diversas alterações emocionais, assim sua rede de apoio poderá auxiliar ou não no enfrentamento de situações estressoras. O apoio da família pode funcionar como condição favorável para o ajustamento diante de situações ameaçadoras como doenças, perdas, entre outras. Para Souza e Baptista (2008) é na família que as relações mais profundas e duradouras são estabelecidas, sendo ela o primeiro agente social do indivíduo. Na medida em que a família oferece aos seus membros cuidado, carinho, atenção, diálogo, autonomia, empatia, afetividade, aceitação e liberdade, ela contribui com uma importante fonte de suporte, a qual se torna indispensável para o desenvolvimento saudável de seus membros. No entanto, a percepção sobre o suporte familiar pode ficar alterada, prejudicada, ou mesmo inexistente, quando o indivíduo passa a ser acometido pela doença.

Souza e Baptista (2008) apontam que a família, ao ser percebida como afetuosa, coesa, comunicativa e flexível, geralmente é sentida como apoiadora, traduzindo-se como um sistema de suporte, e destacam características importantes na associação entre o

suporte familiar e a saúde mental, quais sejam: estrutura familiar, sexo, raça, curso e nível econômico.

Para Baptista (2007), em seu estudo para comparar os componentes do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), o mesmo está associado a diversos fatores, como traços de personalidade, características comportamentais e outros. Esse autor acrescenta que as relações estabelecidas na família parecem construir uma fonte de relação que colabora no processo de saúde ou doença.

Assim, o estado psicológico da pessoa e sua rede de suporte familiar vão influenciar de alguma maneira em sua condição de saúde. Em uma situação de doença, a pessoa acometida sofre impactos em várias áreas da vida. Quando se trata de uma doença que não tem cura e que o tratamento é prolongado, sem definição do seu término, geralmente os doentes desenvolvem alterações emocionais e o suporte familiar pode contribuir de maneira positiva no enfrentamento da doença e tratamento.

Além das doenças psicológicas, existem diversas patologias que estão acometendo a população de maneira crônica e, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), a transição demográfica e epidemiológica, observada nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, tem alterado os quadros de morbimortalidade da população mundial, o que tem aumentado a incidência e surgimento de doenças crônicas em faixas etárias cada vez mais jovens. Segundo a OMS, atualmente as condições crônicas representam 60% de todo o recurso dispensado às doenças no mundo. Em 2020, estima-se que 80% das doenças nos países em desenvolvimento serão originadas de problemas crônicos. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), na atualidade, são responsáveis por 60% das mortes em todo o mundo, e no Brasil as causas da mortalidade têm aumentado com as DCNT, incluindo as cardiovasculares e o diabetes (BARRETO; FIGUEIREDO, 2009).

Não são incomuns alterações emocionais em indivíduos que vivenciam situações estressoras como doenças crônicas, incluindo a Insuficiência Renal Crônica (IRC) e o tratamento dialítico, pois são fontes de estresse e representam desvantagem por ocasionar problemas, quais sejam: isolamento social, perda do emprego, dependência da previdência social, parcial impossibilidade de locomoção e passeios, diminuição da atividade física, necessidade de adaptação à perda da autonomia, alterações da imagem corporal e, ainda, um sentimento ambíguo entre medo de viver e morrer. Portanto, as reações dos doentes são influenciadas pelo contexto social, cultural, das suas crenças e

valores pessoais, bem como por meio da rede de apoio que os ampara (RUDNICKI, 2007).

A Doença Renal Crônica (DCR) é muito mais frequente do que se considerava há alguns anos, e sua evolução está associada às taxas altas de morbimortalidade. Atualmente é considerada um problema de saúde pública mundial, sendo, ainda, subdiagnosticada e, se não tratada adequadamente, resulta na perda de oportunidade para a melhoria da prevenção primária, secundária e terciária, afirmam Bastos, Bregman e Kirsztajn| (2010). Os rins são órgãos fundamentais para a manutenção do equilíbrio do corpo humano e desempenham quatro funções: 1) eliminação de toxinas do sangue por um sistema de filtração; 2) regulação da formação do sangue e dos ossos; 3) regulação da pressão sanguínea e 4) controle do delicado balanço químico e de líquidos no corpo. Desta forma o seu não funcionamento (IRC) pode levar o indivíduo a uma debilidade física que pode levar a óbito (MACIEL, 2012; SBN, 2015).

De acordo com o KDIGO (2013) é recomendado classificar a DRC baseando-se na causa, na categoria da taxa de filtração glomerular (TFG) e na albuminúria, permitindo identificar riscos relacionados ao comprometimento renal e ao óbito. Alguns critérios são utilizados, os quais devem estar presentes por mais de três meses, chamados de marcadores de lesão renal: albuminúria ( $> 30\text{mg}/24\text{h}$ ; relação albumina/creatinina  $30\text{mg}/\text{g}$ ), anormalidades no sedimento urinário, distúrbios eletrolíticos e outros devido às lesões tubulares, anormalidades detectadas por exame histológico, anormalidades estruturais detectadas por exames de imagem, história de transplante renal, taxa de filtração glomerular diminuída (TFG) e  $< 60 \text{ ml}/\text{min}/1,73 \text{ m}^2$  (categorias de TFG G3a-G5).

Dados do Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2013 apontaram que há 703 Unidades de Diálise cadastradas no Brasil, dessas, 658 unidades estão cadastradas e ativas, e aproximadamente 100.397 pacientes estavam em tratamento dialítico no Brasil. As clínicas que responderam ao censo foram 334, nessas haviam 50.961 pacientes em diálise, 90,8% destes realizavam hemodiálise (HD) e 9,2% diálise peritoneal (DP). O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por 84% do tratamento dialítico no Brasil e outros convênios são responsáveis por 16%. O diagnóstico de base desses pacientes corresponde à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em 35% deles, Diabetes Mellitus (DM) em 30%, Glomerulonefrite Crônica (GNC) em 12% e Rins Policísticos em 4% (SBN, 2015). A faixa etária dos pacientes que realizavam diálise para idade de 1 a 12 anos ficou em 0,4%, de 13 a 18 anos em 5,6%, de 19 a 64 anos em

62,6%, de 65 a 80 anos em 26,7%, e maior que 81 anos em 4,7%. A estimativa de pacientes novos em 2013 foi alarmante, visto que 30.161 pacientes iniciaram alguma modalidade de tratamento dialítico, segundo dados do censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Ao indivíduo que se encontra em fase avançada da doença e os rins não funcionam corretamente, é indicada a Terapia Renal Substitutiva (TRS), na maioria das vezes. Na maior parte dos pacientes acometidos pela DRC terminal, o tratamento deve ser feito para o resto da vida, se não houver possibilidade de submissão a um transplante renal. A cada ano, aproximadamente 21 mil brasileiros precisam iniciar tratamento por hemodiálise ou diálise peritoneal. A Sociedade Brasileira de Nefrologia (2015) indica que a hemodiálise está entre as terapias dialíticas mais usadas pelos doentes renais crônicos com grau de insuficiência cinco e seis. A hemodiálise consiste na remoção de resíduos metabólicos, eletrólitos e líquidos excessivos do sangue para tratar a falência renal aguda ou crônica e utiliza os princípios de difusão, osmose e filtração através da passagem do sangue por um circuito extracorpóreo, ou seja, promove a retirada de impurezas do organismo pela passagem do sangue por um filtro. Em geral, a hemodiálise é realizada três vezes na semana, com duração média de três a quatro horas. Para que o sangue circule pela máquina é preciso a colocação de um cateter ou a confecção de uma Fístula Arteriovenosa (FAV), que é um procedimento realizado mais frequentemente nas veias do braço, permitindo que fiquem mais calibrosas e forneçam o fluxo de sangue adequado.

A diálise peritoneal (DP) é outro método de TRS, que pode ser realizada em casa, no trabalho, na escola ou mesmo durante viagens. A DP utiliza uma membrana semipermeável (peritônio) que existe dentro do corpo, como um filtro natural. Essa membrana está localizada dentro do abdômen e reveste os órgãos internos. Por meio da colocação de um cateter flexível no abdômen, é feita a infusão de um líquido semelhante a um soro na cavidade abdominal, este líquido é chamado de banho de diálise, e por ele será feita a remoção de substâncias tóxicas do sangue (SBN, 2015). O tratamento domiciliar ocorre diariamente em média de 8 a 10 horas no período da noite. Apesar dos avanços tecnológicos, equipamentos e soluções de diálise, para a realização do tratamento dialítico domiciliar, outras variáveis são levadas em consideração para eficácia do tratamento, como por exemplo: nível socioeconômico da família, condições de higiene domiciliar, escolaridade do cuidador, nível de informação que o cuidador tem sobre a técnica de maneira geral e seu acesso aos serviços de saúde (ABRAHÃO et al., 2010).



Independentemente do método de diálise a que o paciente é submetido, ele também mantém o tratamento por meio de restrições dietéticas, de líquidos e uso de medicamentos.

Outro estudo realizado com pacientes renais crônicos em DP foi o de Santos (2011), o qual pretendeu discutir a vivência do paciente ao ser encaminhado para a DP, bem como o impacto inicial após receber a notícia da necessidade de TRS, objetivando conhecer as formas de enfrentamento do paciente na iminência da realização do tratamento. A amostra foi de oito pacientes em DP, sem antecedente de realização de HD, sendo a coleta por meio de entrevista semiestruturada gravada e posteriormente transcrita, e o referencial metodológico utilizado foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Pode-se concluir que a frustração, decepção e medo inicial geram uma sensação de pesadelo, momento em que o paciente tende a negar esse processo, mas não se afasta pelo risco de morrer. As incertezas, o contato com a equipe de saúde, as características e restrições do tratamento tendem a ser amenizados após contato com o tratamento e com o apoio e acolhimento da equipe, que auxiliará na desmistificação das crenças distorcidas e no ajustamento dessa nova condição.

Pesquisa realizada por Rocha et al. (2009) teve o objetivo de descrever o perfil clínico-demográfico e a ocorrência de peritonite em uma amostra de pacientes que mudaram o método de HD para DP por falta de acesso vascular. Esse estudo mostrou que dos 22 pacientes, apenas 4 iniciaram TRS com DP, os outros 18 pacientes iniciaram o tratamento dialítico por meio da HD, desses, 14 em caráter de urgência/emergência. Porém, a pesquisa apontou que a maioria dos pacientes somente foi colocada em DP por falta de acesso vascular para HD, não sendo dada a oportunidade de escolha para os pacientes após o início do tratamento. Outro dado importante do estudo é que o início emergencial de TRS revela um problema nas políticas públicas de saúde, ou seja, a ausência de programas efetivos na atenção primária aos grupos de riscos para DRC como os diabéticos, hipertensos, idosos e familiares de pacientes com DRC. A indicação do método dialítico está relacionada à condição clínica do paciente, indicação médica, aspectos psicossociais, entre outros.

Ramos et al. (2015), ao comparar grupos de paciente em DP e HD, verificaram que dos 317 participantes, 60 realizavam DP e 257, HD, a comorbidade mais frequente nesses pacientes foi a HAS, em 86,4%. Os achados dessa pesquisa evidenciaram que nessa amostra a utilização da HD é mais frequente corroborando os dados do censo

brasileiro de diálise, contudo a utilização da DP é semelhante aos índices dos países europeus. Os autores apontaram essa discrepância nas proporções das modalidades de tratamento e indicaram alguns fatores que podem estar relacionados com esta disparidade: critérios de seleção, etiologia da DRC, treinamento dos profissionais e paramédicos, nível cognitivo e educacional dos pacientes, distância da residência aos centros de diálise, idade, comorbidade e políticas governamentais de saúde, incluindo o financiamento e a remuneração dos profissionais.

Confirmando aspectos relacionados à indicação do método dialítico, Fernandes et al. (2010) analisaram uma coorte de pacientes utilizando dados do BRAZPD (The Brazilian Peritoneal Dialysis Multicenter Study), o qual se refere a um estudo multicêntrico, prospectivo e observacional de pacientes em DP iniciado em dezembro de 2004 até outubro de 2007, totalizando 5.819 pacientes. Avaliaram as características clínicas e os desfechos desses pacientes em diversas regiões do Brasil. O mapeamento do estudo mostrou que a maioria dos pacientes que realizava TRS estava na região sudeste, seguida pelo sul, nordeste, centro-oeste e norte. Outro dado relevante, é que o método mais utilizado é a hemodiálise e a indicação de diálise peritoneal está relacionada em sua maioria à prescrição médica. Sesso et al. (2014) corroboram dados da pesquisa anterior por intermédio do Censo Brasileiro de Diálise Crônica de 2012, o qual aponta que o número de unidades de diálise ativas tem aumentado, e que essas unidades se concentram nas regiões sudeste e sul. O atendimento é realizado em sua maioria (84%) pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a faixa etária de maior incidência nos pacientes renais crônicos em TRS é de 19 a 64 anos (63,6%) e 42,3% dos pacientes são do sexo feminino e 57,7% do sexo masculino.

O transplante renal também é apontado como método de tratamento para pacientes com DRC terminal, e atualmente é reconhecido como um grande avanço na medicina, pois fornece ao indivíduo anos de vida com alta qualidade. No transplante renal, um rim saudável de uma pessoa viva ou falecida é doado a um paciente com IRC avançada. O transplante renal é considerado a mais completa alternativa de substituição da função renal. Tem como principal vantagem a melhora da qualidade de vida, pois garante mais liberdade na rotina diária do paciente. Os transplantes são realizados com mais frequência nos EUA, na China, no Brasil e na Índia (GARCIA; HARDEN; CHAPMAN, 2012; SBN, 2015).

Por esta razão, as doenças crônicas requerem atenção, em específico a DRC, devido ao seu impacto psicossocial, gastos públicos com tratamento e investimento nas tecnologias. De acordo com dados de literatura, a DRC se compara a uma epidemia, e as autoridades em Saúde Pública de vários países estão cientes da carga social e econômica que ela representa numa sociedade (LUGON, 2009).

De acordo com Matta et al. (2014), os pacientes renais crônicos também apresentam prejuízos referentes à cognição, sendo que as condições mais comuns associadas são: a depressão, delirium, comprometimento cognitivo leve e demência. Assim a identificação dessas alterações pode trazer impacto positivo para o paciente diante de sua condição, pois a própria DRC configura-se num fator para o declínio cognitivo e demência, e quanto maior a gravidade do seu quadro clínico, maiores consequências negativas o paciente terá em suas funções neurocognitivas.

Condé et al. (2009) avaliaram a ocorrência de declínio cognitivo, depressão e qualidade de vida em uma coorte de pacientes em diálise peritoneal, hemodiálise, pré-diálise em tratamento conservador e com hipertensão arterial. Utilizaram o Miniexame do Estado Mental (MEEM), Dígitos, Códigos, Teste do Relógio e Teste de fluência verbal para rastreamento de declínio cognitivo. Para verificarem sintomatologia de depressão, utilizaram o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e para avaliarem Qualidade de Vida, usaram o *Medical Outcomes Study Short Form 36-item Health Survey (SF-36)*. Concluíram que os doentes renais crônicos constituem uma população de alto risco para o declínio cognitivo e, aqueles em hemodiálise, apesar de estarem na menor média de idade, apresentaram o pior desempenho nos testes cognitivos relacionados com função executiva, atenção e memória. O declínio dessas habilidades pode estar relacionado ao envelhecimento cerebral em decorrência da doença.

Devido ao impacto psicossocial que o paciente com DRC vivencia, apresentam-se alguns estudos que focaram nos aspectos emocionais do paciente renal crônico em diálise. Em um estudo para avaliar os níveis de estresse e de ansiedade de indivíduos em tratamento hemodialítico realizado em Natal/RN (Instituto do Rim), aplicou-se o ISSL (Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp) e o IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) em 100 pacientes de ambos os sexos que realizavam hemodiálise três vezes na semana (VALLE; SOUZA; RIBEIRO, 2013). Essa pesquisa apontou um índice elevado de estresse, sendo que 71% dos pacientes avaliados apresentaram estresse, desses, 47% evidenciaram sintomas na fase de resistência, 13%

na fase de quase-exaustão e 7% sintomas de exaustão. Os outros 29% dos pacientes não indicaram sintomas significativos. Da mesma forma, o IDATE mostrou que a ansiedade é presente em todos os pacientes, sendo que, para 66% dos pacientes, os sintomas foram moderados e nos outros 34% dos pacientes a ansiedade alcançou o nível alto. Considera-se que os pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise estão mais expostos ao estresse e às situações geradoras de ansiedade inerentes ao tratamento dialítico.

Quadrado e Rudnicki (2009) realizaram um estudo para avaliar fatores estressores de pacientes com DCNT. Tendo avaliado 15 pacientes hospitalizados, 40% eram renais crônicos em tratamento hemodialítico, 33% laringectomizados e 27% pacientes hematológicos. As autoras utilizaram o ISSL para identificar sintomas de estresse e os principais componentes relacionando-os com as três enfermidades crônicas. A pesquisa mostrou que 60% da amostra era do sexo masculino e 40% do sexo feminino, com idade média entre 31 a 70 anos. Do total dos pacientes, 73,3% apresentaram estresse, sendo que os em HD pontuaram 83,3%, os hematológicos 75% e os laringectomizados, 60%. Os pacientes em HD e hematológicos se encontravam na fase de resistência em 50%.

Finger et al. (2011) realizaram uma pesquisa no Hospital de Caxias do Sul com pacientes submetidos à hemodiálise com o objetivo de determinar a estimativa de sintomatologia de depressão nos pacientes dialíticos. As patologias prévias desses pacientes eram de hipertensão em 72,4%, diabetes mellito em 29,30%, insuficiência cardíaca congestiva (ICC) em 29,30% e história de acidente vascular encefálico em 10,34%. Para avaliar o grau cognitivo dos pacientes, utilizaram o Miniexame do Estado Mental (MEEM) e para verificar sintomas depressivos, o Inventário de Depressão de Beck (BDI). A amostra que preencheu os critérios de inclusão na pesquisa foi de 58 pacientes, sendo encontrada prevalência de depressão em 44%. Os achados da pesquisa indicaram que os pacientes que possuíam cuidador apresentaram maiores índices de depressão, o que pode estar relacionado à dependência de cuidados e possível perda de autonomia. De forma geral, a prevalência de 44% de sintomatologia depressiva encontrada nos pacientes vem ao encontro da literatura, que aponta índices de 20% a 50% de depressão (COSTA et al., 2014; FINGER et al., 2011; NIFA; RUDNICKI, 2010).

Com os avanços tecnológico e científico, o doente renal crônico em TRS tem seu tempo de vida prolongado, contudo, esse período é permeado por alterações emocionais

frente ao tempo de vida. O estudo de Nifa e Rudnicki (2010) apontou que sintomas de depressão são frequentemente diagnosticados nestes doentes. Nessa pesquisa, 74 pacientes foram submetidos à aplicação do Inventário de Depressão de Beck (BDI) e os dados levantados referentes à sintomatologia e intensidade depressiva evidenciaram que 66,7% dos participantes apresentaram nível mínimo de sintomatologia depressiva, 23,3% estavam no nível leve e os demais 10% dos pacientes em diálise, no nível moderado. Parece haver relação entre o tratamento hemodialítico e mudanças que repercutem no estado emocional do paciente.

Há a necessidade de essa patologia ser conhecida e reconhecida nessa população, para que possa ser tratada prontamente, pois a presença de depressão pode alterar o prognóstico e adesão ao tratamento dialítico. A pesquisa de Costa et al. (2014) contribui para a investigação de sintomas depressivos em pacientes com Insuficiência Renal Crônica (IRC) em HD. Esses autores realizaram um estudo que objetivou rastrear a depressão em 48 pacientes com IRC em HD. Utilizaram dois instrumentos: 1) questionário sociodemográfico e 2) Inventário de Depressão de Beck (BDI) para medir a síndrome depressiva. Os dados obtidos revelaram que 56,3% dos pacientes apresentaram sintomatologia depressiva, e as características com maior frequência foram: insônia, fadigabilidade, irritabilidade, dificuldade de trabalhar, perda de peso, punição, mudanças na autoimagem e diminuição da libido. Esses achados podem ser atribuídos ao fato de 39,6 % da amostra estar em tratamento há menos de um ano, estando expostos a maior vulnerabilidade devido às mudanças abruptas no seu cotidiano. Contudo, esses resultados são preocupantes, pois a depressão pode acarretar um impacto negativo sobre a qualidade de vida desses indivíduos, diminuição da imunidade e da capacidade funcional, relaxamento dos cuidados pessoais e menor adesão a tratamentos e dietas. Da mesma forma a depressão pode intensificar problemas financeiros, profissionais e familiares, e, ainda, o abuso e dependência de álcool e outras substâncias psicoativas. Esses problemas contribuem para o aumento do número de consultas ambulatoriais, internações e até na mortalidade, concluem os autores.

Santos (2011) apresenta um estudo com o objetivo de estabelecer correlações entre sintomas de depressão e qualidade de vida em uma amostra de pacientes em HD de uma unidade de tratamento localizada em uma área de baixa renda do Brasil. A amostra contou com 166 pacientes, todos foram submetidos à HD com dialisadores de polissulfona em sessões de três a quatro horas por semana. O autor utilizou o SF-36 para

medir a QV, CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) e dados sociodemográficos. Para as análises foram utilizados o teste qui-quadrado, teste t de Student e o Mann-Whitney. Da amostra total, 13 pacientes apresentaram sintomatologia para depressão, as doenças de base foram de 42,9% glomerulonefrites, 23,6% HAS, 9,9% DM, 7,5% causa indeterminada, 6,8% rins policísticos, 4,3% uropatia obstrutiva, 2,5% LES e 2,5% pielonefrite crônica. Em relação aos dados demográficos comparados ao resultado para depressão, não houve significância estatística. Em relação a QV, verifica-se que os pacientes em HD sentem que possuem uma QV deficitária, pois além do domínio físico afetado, também apresentam limitações nas dimensões mentais.

A depressão, conforme descrita anteriormente, é uma doença psiquiátrica comum na atualidade, e os pacientes renais crônicos em tratamento dialítico são afetados por essa patologia, pois as mudanças nos hábitos de vida, as restrições dietéticas e hídricas, bem como as situações inerentes às modalidades dos tratamentos favorecem um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes renais crônicos em fase terminal, trazendo repercussões para o enfrentamento da doença e tratamento, bem como na adesão ao tratamento. Garcia et al. (2010) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade de vida e o nível de mudanças de humor experimentados pelos pacientes submetidos à hemodiálise regular em um Hospital Universitário de Brasília e quatro centros de diálise do Distrito Federal que atendem pacientes do SUS. Utilizaram a Escala de Hamilton para Depressão e o Short-Form Health Survey (KDQOL-SFTM) com 47 pacientes do sexo masculino, com idade média de 39,4 anos. As causas da IR desses pacientes eram HAS em 59,6%, GNC em 17%, nefropatia diabética em 14,9%, pielonefrite crônica em 6,4% e rins policísticos em 2,1%. Do total da amostra, 32 (68,1%) apresentaram humor deprimido, destes, 29 (90,6%) tinham depressão leve, 2 (6,3%) depressão moderada e apenas um com depressão maior. Foi encontrada correlação negativa entre o humor e algumas dimensões do KDQOL-SFTM, referentes à lista de problemas, qualidade na interação social e do sono, bem-estar, funcionamento social e energia / fadiga. Os autores propõem que a depressão, quando identificada e tratada de maneira adequada (apoio psicológico e medicamentos), pode levar à melhora da qualidade de vida dos pacientes renais crônicos.

Clemente et al. (2010) analisaram a influência dos sintomas depressivos e outros traços de personalidade na escolha da técnica de TRS. Utilizaram-se de estudo observacional prospectivo de doentes sem contraindicação absoluta para a DP que

receberam informações das TRS no PAD (Programa de Ayuda a la Decisión) entre janeiro de 2004 a julho de 2006. Utilizaram o Inventário de Depressão de Beck (BDI), Questionário de Personalidade de Eysenk (EPQ-RS), dados sociodemográficos, clínicos e sociais no momento do recebimento das informações sobre a TRS. Dos 101 pacientes selecionados inicialmente, 28 foram excluídos da pesquisa por instabilidade clínica e *déficit* cognitivo e sensorial. Dos 73 pacientes restantes, 44 aceitaram participar da pesquisa; destes, 36% apresentaram sintomas depressivos. Porém, embora esses pacientes tenham apresentado sintomas depressivos, não houve influência quanto à eleição da TRS e, da mesma maneira, no questionário de personalidade, não foi observada nenhuma relação entre as distintas tendências da personalidade (neuroticismo, psicoticismo e extraversão) com a escolha do tratamento dialítico. Após a apresentação das TRS, 40,9% dos pacientes optaram pela DP, sendo indivíduos mais jovens, com maior escolaridade e melhor suporte familiar. Esse estudo conclui que os sintomas depressivos e os traços de personalidade não influenciam inicialmente a eleição da técnica de diálise, embora possam ser fatores que implicarão em decisões posteriores para troca de método, que tende a diminuir a utilização da DP.

Segundo Garcia-Liana et al. (2014), o número de pessoas com enfermidade renal crônica avançada (ERCA) está aumentando anualmente em nível mundial, e a consequência é que os pacientes necessitem de TRS. Na Espanha a prevalência dos pacientes com DRC aproxima-se a 11%, e os que estão em TRS tem aumentado em 5-8% ao ano, o que indica que a DRC é uma doença de problema sanitário, social e econômico de primeira ordem. Esses autores realizaram uma pesquisa de revisão de literatura e levantaram alguns estudos sobre as variáveis psicológicas (depressão, ansiedade e estresse), relacionando-as com a adesão ao tratamento dialítico e sua influência sobre a qualidade de vida. Os estudos foram selecionados somente com populações adultas, maiores de 18 anos. Os resultados apontaram que a maioria das pesquisas se refere ao papel da depressão sobre a QV, a maioria dos pacientes realizava hemodiálise.

Estudos de diferenças de gênero são escassos e o instrumento mais utilizado para avaliar a depressão foi o BDI em 71% dos estudos. Os dados sobre ansiedade levantados apontaram relação com a QV, a qual é diminuída nas dimensões física e mental. Os instrumentos mais utilizados para rastrear ansiedade foi o STAI (State-Trait Anxiety Inventory) em 35% e o HADS (Hospital Anxiety Depression Scale) em 35%, o qual

é uma escala combinada para ansiedade e depressão. Em relação ao estresse, as pesquisas se mostraram escassas, e os dois estudos apontados nessa pesquisa não evidenciaram relação direta entre estresse e qualidade de vida e o único instrumento utilizado foi o PSS (Perceived Stress Scale).

O estudo de Abrahão et al. (2010), apesar de não avaliar sintomatologia de depressão ou estresse, aponta algumas dificuldades vivenciadas pelas famílias e pela criança/adolescente com a doença renal crônica em diálise peritoneal, tornando-se importante verificar a dinâmica familiar em relação aos cuidados com o doente renal crônico. Esses autores avaliaram, por meio de um estudo descritivo, uma amostra de 30 pacientes de uma Unidade de Nefrologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG) que realizava DP em casa. Desses, 50% eram do sexo masculino e 50% do sexo feminino, as idades variaram de 1 a 16,5 anos. A mãe, em 80% da amostra, era a responsável exclusiva, 10% podiam contar com auxílio do pai e/ou tia, em 7% dos casos o pai foi o responsável pela DP e, em 3%, a avó paterna. As queixas relatadas pelos cuidadores foram: medos e apreensões quanto às complicações de saúde da criança/adolescente relacionadas à realização da DP; receios relacionados à realização da técnica em si; incômodos associados ao procedimento; condições inadequadas para a realização da DP; repercussões sobre a vida familiar e social; incômodos relativos à DP; incômodos gerais associados à DRC; limitações das atividades do cotidiano e queixas de repercussões psíquicas da DRC e DP.

Outro fator que surgiu foi a questão religiosa associada à doença. Em um estudo sobre adesão ao tratamento clínico, os autores comentaram que o fator religioso do paciente pode ser uma condição facilitadora para esta (Madeiro et al. 2010).

Não foram encontrados, na literatura, estudos sobre suporte familiar relacionado a doentes crônicos ou renais crônicos que tenham empregado o instrumento ora utilizado. Estudos localizados, como o de Baptista, Alves e Santos (2008) correlacionaram a percepção do suporte familiar com lócus de controle e auto eficácia em 403 estudantes universitários. Reis et al. (2011) realizaram uma pesquisa com 150 idosos com o objetivo de avaliar a percepção do suporte familiar dos mesmos.

Considerando as condições físicas e emocionais do paciente renal crônico em estado terminal da doença com necessidade de um dos métodos de diálise mencionados e suas características, sugere-se a hipótese de que pacientes em diálise peritoneal



diferem dos pacientes em tratamento de hemodiálise nas reações relacionadas ao estresse e depressão considerando a presença/ausência de suporte familiar.

## **2. OBJETIVO**

### **Objetivo Geral**

- Descrever e comparar a presença de estresse, depressão e suporte familiar considerando o tipo de terapia renal substitutiva (HD e DP) e variáveis demográficas.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Participantes e local**

A amostra foi não probabilística do tipo intencional, em um *survey*.

Participaram da pesquisa, sujeitos do sexo feminino e masculino, com faixa etária entre 18 e 70 anos, os quais realizam Terapia Renal Substitutiva em dois centros de diálise de um município do interior do estado de São Paulo. A amostra proposta foi de 100 pacientes, dos quais 50 realizam hemodiálise ambulatorial e 50, diálise peritoneal domiciliar. No entanto, a amostra final ficou com 77 participantes sendo 30 em diálise peritoneal e 47 em hemodiálise. Este desequilíbrio ocorreu por haver poucos pacientes em diálise peritoneal domiciliar em relação aos submetidos à hemodiálise, mesmo sendo buscados em centros especializados.

Os critérios de inclusão foram: ter idade superior a 18 anos e inferior a 70 anos, devido à possibilidade de intercorrências advindas da idade avançada (doenças senis, demências vasculares, entre outras), estar em TRS há mais de seis meses para que tenha havido adaptação física aos procedimentos inerentes ao início do tratamento dialítico (acesso vascular, controle dos sintomas urêmicos, por exemplo), não apresentar neoplasias e não apresentar outras condições clínicas (doenças vasculares cerebrais, pacientes psiquiátricos).

#### **3.2 Aspectos éticos da pesquisa**

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências, da UNESP, Bauru, SP e está registrado sob número CAAE 33737814.9.0000.5398 (ANEXO A). Foram fornecidas todas as informações sobre os objetivos e atividades do projeto, ressaltando que não haveria ônus para a participação na pesquisa, garantindo o sigilo das informações fornecidas pelos participantes, segundo as normativas presentes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A partir do aceite e sanadas as dúvidas, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

Como contrapartida da pesquisa, os pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal que apresentaram estresse, depressão e escassez de suporte familiar foram atendidos

posteriormente pela profissional de referência (Psicóloga) do Centro de Terapia Renal Substitutiva do Hospital Estadual de Bauru. No caso dos pacientes do outro serviço de Terapia Renal Substitutiva, os casos foram discutidos com a Psicóloga daquela unidade para acompanhamento psicológico.

Os resultados da pesquisa foram compartilhados com os funcionários da saúde das unidades de diálise para sensibilizá-los. Foi apontado o impacto do tratamento dialítico e da presença do suporte familiar para a saúde psicológica dos pacientes, objetivando melhorar o atendimento para conforto e melhor qualidade de vida do paciente.

### **3.3 Instrumentos**

1-Questionário Sociodemográfico: no qual foram solicitadas informações pessoais como nome, sexo, idade, data de nascimento, município de residência, estado civil, número de filhos, renda mensal, escolaridade, trabalho, religião e tempo em Terapia Renal Substitutiva e local que realiza tratamento (Anexo C) para caracterizar a amostra e comparar alguns aspectos com resultados da pesquisa. Algumas destas questões foram também contempladas com mais minúcias na Escala utilizada para depressão (EBADEP-Hosp-Amb), descrita abaixo.

2-Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL (LIPP, 2000): busca identificar a sintomatologia que o paciente apresenta, avaliando se este possui sintomas de estresse, o tipo de sintoma existente (se somático ou psicológico) e a fase que se encontra. Esse instrumento apresenta o modelo quadrifásico do estresse, baseado inicialmente no modelo trifásico de Selye - composto de três quadros que se referem às quatro fases do estresse, sendo o Quadro 2 utilizado para avaliar as fases 2 e 3 (resistência e quase exaustão). No primeiro quadro, composto por 12 sintomas físicos e três psicológicos, o participante assinala com F1 (Físico) ou P1 (Psicológico) os sintomas que tenha experimentado nas últimas 24h. No segundo quadro, composto por 10 sintomas físicos e cinco psicológicos, o participante assinala com F2 ou P2 os sintomas experimentados na última semana. No quadro três, composto de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, o participante assinala com F3 ou P3 os sintomas experimentados no último mês. No total, o ISSL inclui 37 itens de natureza somática e 19 de natureza psicológica, sendo os sintomas muitas vezes repetidos, apenas diferindo em sua intensidade e seriedade. O ISSL é de fácil aplicação, fornecendo uma medida objetiva da sintomatologia

de estresse em jovens acima de 15 anos e adultos. Não é necessário ser alfabetizado, pois os itens podem ser lidos para a pessoa. Sua aplicação leva aproximadamente 10 minutos e pode ser realizada em grupo de até 20 pessoas ou individualmente.

3-Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF (BAPTISTA, 2009): avalia o quanto as pessoas percebem as relações familiares em termos de afetividade, autonomia e adaptação entre os membros. O IPSF consta de 42 afirmativas estruturadas em formato Likert de 3 pontos (0, 1 e 2), nas quais os fatores são nomeados e distribuídos em: fator 1 – Afetivo Consciente que se refere à comunicação familiar, seja verbal ou não verbal, à assertividade e à atenção dos membros da família uns com os outros, bem como o interesse, à simpatia, o acolhimento e à consistência de comportamentos e habilidades na resolução de problemas. O fator 2 – Adaptação, o qual questiona sentimentos negativos em relação à família, como raiva, isolamento, exclusão e falta de compreensão, o que indica ausência de adaptação no grupo. Esse fator verifica o interesse em comum dos membros, a expressão emocional (verbal e não verbal) e a clareza das regras familiares. O último fator avaliado pelo IPSF é o fator 3 – Autonomia, que avalia as relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros, apontando a diferenciação/individuação, que é definida como a capacidade dos membros da família funcionarem autonomamente (BAPTISTA, 2007). Os itens 2, 3, 4, 5, 9, 11, 15, 17, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 35, 37, 41 e 42 referem-se ao Afetivo Consciente que pontua (0-1-2). Os itens 1, 6, 7, 8, 13, 16, 20, 21, 27, 32, 33, 36 e 39 referem-se à Adaptação que pontuam (2-1-0). Os itens 10, 12, 14, 18, 19, 34, 38 e 40 dizem respeito à Autonomia, e pontuam (0-1-2). O IPSF pode ser aplicado tanto individual quanto coletivamente em grupos de até 80 pessoas, o tempo limite máximo de aplicação é de vinte minutos.

4-Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital/Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB (BAPTISTA, 2011): é um instrumento preliminar que está sendo construído no Brasil e em processo de validação. É uma escala de rastreamento de sintomatologia depressiva, direcionada a amostras ambulatoriais e hospitalares. Sua construção está apoiada em indicadores sintomáticos de depressão. A escala é constituída por 43 frases, estruturadas em formato Likert de 3 pontos (0, 1 e 2), com pontuação mínima de zero e máxima de 86 pontos. Para sua interpretação, considera-se quanto menor a pontuação, menor sintomatologia de depressão. A escala apresenta duas folhas iniciais como ficha de identificação, contendo perguntas como sexo, estado civil, número de filhos, escolaridade, opção religiosa, grau de satisfação, ocupação profissional, remuneração mensal e

aumento, ou não, da religiosidade com o tempo. Além de questionar sobre saúde, plano médico, medicação, tempo de internação e diagnóstico de depressão.

### **3.4 Procedimento**

Os participantes da pesquisa foram escolhidos por meio dos prontuários, compondo uma amostra de conveniência, a partir dos critérios preestabelecidos. Foram identificados em dois ambulatórios de Terapia Renal Substitutiva de um município do interior do estado de São Paulo. Após esse levantamento prévio, foram incluídos na pesquisa pacientes que atendiam aos critérios descritos anteriormente. O procedimento de coleta e a aplicação dos instrumentos na hemodiálise foram realizados por duas estudantes treinadas do último ano de um curso de Psicologia que realizavam estágio curricular em um Hospital Geral de uma cidade do interior paulista. Na diálise peritoneal, os procedimentos foram executados pela pesquisadora.

Os instrumentos foram aplicados em um único encontro. Para os pacientes que realizavam hemodiálise ambulatorial, foi utilizado o tempo da sessão de hemodiálise, que dura em média de quatro a cinco horas. Para os pacientes em diálise peritoneal domiciliar os instrumentos foram aplicados nos retornos médicos ao ambulatório de diálise peritoneal, considerando que os horários de tratamento domiciliar são flexíveis. O tempo médio da aplicação foi de 45 minutos, na forma verbal para ambos os grupos, ou seja, os instrumentos foram lidos para os pacientes e estes responderam verbalmente e esta resposta foi marcada pela pesquisadora.

### **3.5 Procedimento de Análise de Dados**

Após a aplicação dos instrumentos, para a análise dos dados foi utilizada estatística não paramétrica realizada pelo software *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS).

Foi realizada uma comparação entre os dois grupos pesquisados, pacientes em hemodiálise ambulatorial e pacientes em diálise peritoneal domiciliar, utilizando-se para análise dos dados o teste estatístico *Mann Whitney*, objetivando verificar se houve diferenças de médias de respostas entre os grupos, referente ao Inventário de Sintomas de Stress, Escala de Depressão (EBADEP) e na Percepção de Suporte Familiar, em

relação a variável sexo. Para a análise de comparação entre os instrumentos aplicados e variáveis que apresentaram três ou mais grupos (estado civil, número de filhos, escolaridade, religião, satisfação com a religião, suporte religioso, atividade profissional, aposentadoria e tempo de tratamento) foi utilizado o teste estatístico de *Kruskal Wallis*.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Caracterização dos participantes

Os resultados da pesquisa são apresentados com 47 pacientes que realizam HD e 30 que realizam DP, totalizando 77 participantes, sendo 61% da amostra para os pacientes em HD e 39% para os da DP. Quanto ao sexo, a amostra foi composta por 47 homens (61%) e 30 mulheres (39%). No quesito idade, 46,8% (36 pacientes) estavam na faixa etária de 56 a 70 anos, 41,6% (32 pacientes) na faixa etária de 36 a 55 anos e 11,7% (9 pacientes) entre 18 a 35 anos. O estado civil obteve maior frequência para união estável com 70,1%, solteiros 15,6%, separados 9,1% e viúvo 5,2%. Em relação ao número de filhos, 67,5% possuíam de um a quatro filhos, 18,2% não possuíam filhos, e 14,3% mais de quatro filhos.

No que tange à escolaridade, foi constatado que 50,6% possuíam Ensino Fundamental Incompleto/Analfabetos, 18,2% Ensino Médio Completo/Superior Incompleto, 16,9% Ensino Fundamental Completo/ Ensino Médio Incompleto e 14,3% Ensino Superior Completo ou mais.

Outro dado sociodemográfico apresentado foi relacionado aos aspectos religiosos, constatando que 57,1% dos pacientes são católicos, 26% evangélicos, 11,7% se declararam sem religião e 5,2% espírita. A maioria dos pacientes apontou satisfação com sua opção religiosa, 41,6% declaram estar satisfeitos, 37,7% muito satisfeito, 7,8% pouco satisfeito e 1,3% insatisfeitos. Nesse mesmo âmbito, 63,6% dos pacientes apontou que a opção religiosa auxilia muito no suporte do enfrentamento da condição de doença, 15,6% pouco suporte e 9,1% nenhum suporte.

Em relação ao trabalho, 42,9% dos pacientes encontravam-se afastado da atividade laboral por motivo de saúde e recebendo auxílio doença do Instituto Nacional Seguro Social (INSS), 29,9% aposentados, 10,4% do lar, 7,8% não trabalham, 5,2% são profissionais liberais e 3,9% autônomos.

O tempo de tratamento dos pacientes foi de 37,7% para 6 meses a 2 anos, 24,7% de 4 a 6 anos, 23,4% de 2 a 4 anos e 14,3% superior a 6 anos.

No que se refere às doenças de base dos pacientes da pesquisa, foi constatado pelos prontuários que 26% (20) possuíam HAS e DM, 23,4% (18) HAS,



13% (10) HAS e GNC, 11,7% (9) HAS, DM e doenças cardíacas, 6,5% (5) HAS e doenças cardíacas, 5,2% (4) HAS e Rins Policísticos, 5,2% (4) outras doenças, 3,9% (3) HAS e outras, 2,6% (2) DM, 1,3% (1) DM e outras e 1,3% (1) HAS, DM, GNC e doenças cardíacas.

No que se refere a comparação da amostra de pacientes em DP e HD, verificou-se que para o sexo masculino no grupo de DP foi de 18 participantes (60%) e do sexo feminino foi de 12 participantes (40%). Em relação ao grupo de HD os participantes do sexo masculino foi 29 (61,7%) e feminino 18 (38,3%).

O grupo de DP em relação a idade ficou para cinco participantes de 18 a 35 anos (16,7%), de 36 a 55 anos, oito participantes (26,7%) e de 56 a 70 anos 17 (56,7%). No grupo de HD, quatro participantes (8,5%) ficaram entre a idade de 18 a 35 anos, 24 (51,1%) para 36 a 55 anos e 19 (40,4%) para 56 a 70 anos.

Em relação ao número de filhos, o grupo dos pacientes em DP apontaram que os sem filhos são seis (20%), os que possuem de um a quatro são 21 (70%) e os pacientes que possuem mais de quatro filhos são três (10%). No que se refere ao grupo de HD, os pacientes que não possuem filhos são oito (17%), os com um a quatro filhos são 31 (66%) e os com mais de quatro ficaram em oito (17%).

Ainda sobre os dados sociodemográficos, verificou-se que em relação à escolaridade, os pacientes em DP somam-se 14 (46,7%) que não concluíram o ensino fundamental, são quatro (13,3%) os que concluíram o ensino fundamental, seis (20%) os que concluíram o ensino médio e seis (20%) os que concluíram o ensino superior. No grupo dos pacientes em HD, 25 (53,2) não concluíram o ensino fundamental, nove (19,1%) concluíram o ensino fundamental, oito (17%) concluíram o ensino médio e cinco (10,6%) concluíram o ensino superior.

Para a opção religiosa, o grupo de pacientes em DP demonstraram que em sua maioria, 16 (53,3%) são católicos, nove (30%) evangélicos, três (10%) espíritas e dois (6,7%) declararam não seguir nenhuma religião. Para os pacientes em HD, 28 (59,6%) declaram ser católicos, 11 (23,4%) evangélicos, um (2,1%) espírita e sete (14,9%) não seguir nenhuma religião. Seguindo essa direção, os 13 (43,3%) pacientes que realizam DP apontaram estar muito satisfeitos com a opção religiosa, e no grupo dos pacientes em HD, 20 (42,6%) declararam a mesma satisfação. Em relação ao quanto de suporte religioso que os pacientes percebem pela sua opção,

os pacientes em DP demonstraram que a maioria (63,3%) referem muito suporte religioso, da mesma forma os pacientes em HD (63,8%).

Os dois grupos, DP e HD mostraram que a amostra em relação ao trabalho se concentrou em pacientes afastados por motivo de saúde e aposentados. No grupo de DP, 43,3% dos pacientes estavam afastados do trabalho e 36,7% aposentados. No grupo de HD, 42,7% dos pacientes encontravam-se afastados e 25,5% aposentados.

As doenças de base desses pacientes apontaram que no grupo de DP 23,3% possuíam DM e HAS, 20% somente HAS. No grupo dos pacientes em HD, 27,65% apresentaram DM e HAS, e 25,53% HAS.

Quanto aos construtos utilizados neste trabalho, com sua descrição, comparação e correlação em relação ao estresse, depressão e percepção do suporte familiar, apresentam-se os resultados a seguir. Iniciando-se com o estresse, a percepção de suporte familiar, depressão e seus cruzamentos.

Na Tabela 1 verifica-se a presença de estresse, fases e seus sintomas nos grupos de pacientes que realizam DP e HD. Observa-se que 50% dos participantes que realizam DP apresentaram sintomatologia de estresse, 10% na fase de exaustão e 40% na fase de resistência, e todos com sintomas físicos e psicológicos. No grupo dos participantes da HD, 38,3% apresentaram sintomatologia de estresse, sendo 2,1% na fase de exaustão e 36,2% na fase de resistência, e desses 36,2% com sintomas físicos e psicológicos e 2,1% somente com sintomas físicos.

Tabela 1 – Frequência e porcentagem do ISSL quanto às fases e sintomas do estresse nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise

Fases	DP		HD	
	N	%	N	%
Exaustão	3	10	1	2,1
Resistência	12	40	17	36,2
Sem stress	15	50	29	61,7
Total	30	100	47	100
<b>Sintomas</b>				
Sem sintomas	15	50	29	61,7
Físicos e Psicológicos	15	50	17	36,2
Físico			1	2,1
Psicológicos				

Observa-se que nenhum paciente apresentou sintomas psicológicos somente, a maioria da amostra que teve sintomatologia de estresse, manteve sintomas físicos e psicológicos, apenas um paciente do grupo de HD apresentou sintoma físico.

Na Tabela 2 é apresentada a percepção que o grupo de pacientes em diálise peritoneal e hemodiálise possuem do suporte familiar em conformidade com o IPSF.

Tabela 2 – Classificação do IPSF quanto aos itens afetivo-consistente, adaptação e autonomia nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise

Fatores IPSF	DP		HD	
	Média	Classificação	Média	Classificação
Afetivo-Consistente	33,3000	Médio-Alto	30,4894	Médio-Alto
Adaptação	23,3333	Médio-Alto	21,8511	Médio-Baixo
Autonomia	14,7333	Médio-Alto	12,9149	Médio-Baixo
IPSF Total	71,3667	Alto	65,2553	Médio-Alto

Verifica-se que o grupo de pacientes em DP demonstrou percepção favorável do suporte familiar, se mantendo na classificação Médio-Alto para todas as dimensões avaliadas. O grupo de HD na classificação total do IPSF manteve boa percepção, permanecendo em Médio-Alto, contudo nos fatores adaptação e autonomia apresentou classificação Médio-Baixo.

A Tabela 3 classifica a EBADEP-HOSP-AMB para os pacientes em diálise peritoneal e hemodiálise. Pode-se verificar que em ambos os grupos, a sintomatologia para depressão é baixa.

Tabela 3 – Classificação da Escala de Depressão EBADEP-HOSP-AMB nos pacientes dos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise

	DP		HD	
EBADEP	Média	Classificação	Média	Classificação
	17,1667	Baixa sintomatologia	20,2766	Baixa sintomatologia

Nas Tabelas 2 e 3 verifica-se que o grupo dos pacientes que realiza diálise peritoneal domiciliar (30) apresentou suporte familiar Médio-Alto e baixa sintomatologia de depressão. O grupo dos pacientes (47) que realizou hemodiálise

apontou suporte familiar Médio-Alto para Afetivo-Consistente, e para os fatores adaptação e autonomia apresentou suporte Médio-Baixo, contudo, de maneira geral, o grupo ficou dentro da fator Médio-Alto. No que diz respeito a EBADEP HOSP-AMB indicaram baixa sintomatologia de depressão.

A Tabela 4 apresenta os dados referentes à comparação de suporte familiar, depressão e estresse entre os grupos dos pacientes em diálise peritoneal e hemodiálise. No fator Autonomia do IPSF houve significância estatística quando comparado os grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, sendo que os pacientes em diálise peritoneal tiveram uma percepção maior sobre a autonomia familiar do que o grupo da hemodiálise.

Tabela 4 – Comparação entre os grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação aos instrumentos IPSF e EBADEP-HOSP-AMB de acordo com o Mann Whitney

Instrumento	Pontuação Média		U	p
	DP	HD		
IPSF Afetivo-Consistente	40,97	37,74	646,000	0,537
IPSF Adaptação	42,23	36,94	608,000	0,306
IPSF Autonomia	46,50	34,21	480,000	*0,013
IPSF Total	43,85	35,90	559,500	0,128
EBADEP HOSP-AMB	36,57	40,55	632,000	0,445
ISSL	36,70	42,60	597,000	0,258

\*p< 0,05 (grau de significância)

A Tabela 5 apresenta a comparação entre sexo no que se refere ao ISSL em relação aos pacientes que realizam diálise peritoneal e hemodiálise. Nota-se que não houve significância estatística para essa comparação.

Tabela 5 – Comparação entre os gêneros no grupo de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao ISSL, de acordo com o Mann Whitney

ISSL	DP		U	p	HD		U	p
	Masc Média	Fem Média			Masc Média	Fem Média		
ISSL	16,78	15,58	85,00	0,346	25,59	21,44	215,00	0,313

A Tabela 6 apresenta a comparação entre sexos no que tange ao IPSF em relação aos pacientes que realizam diálise peritoneal e hemodiálise. No grupo de DP

não foi verificada correspondência com significância estatística entre a comparação dos gêneros. No grupo de HD no fator Afetivo-Consistente, Autonomia e no IPSF Total houve significância estatística quando comparado gêneros, sendo que as mulheres apresentaram melhor percepção desses fatores do que os homens, supondo que as mulheres percebem melhor o suporte familiar no grupo de HD.

Tabela 6 – Comparação entre os gêneros no grupo de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao instrumento IPSF de acordo com o Mann Whitney

IPSF	DP		U	p	HD		U	p
	Masc Média	Fem Média			Masc Média	Fem Média		
IPSF Afetivo-Consistente	15,75	15,13	103,50	0,848	20,69	29,33	165,00	*0,035
IPSF Adaptação	13,58	18,38	73,50	0,139	23,91	24,14	258,50	0,956
IPSF Autonomia	14,39	17,17	88,00	0,325	20,03	30,39	146,00	*0,010
IPSF Total	14,97	16,29	98,50	0,687	20,84	29,08	169,50	*0,045

\*p< 0,05 (grau de significância)

A Tabela 7 mostra os dados referentes à comparação dos pacientes que realizam diálise peritoneal e hemodiálise em relação ao sexo, no que tange a EBADEP HOSP-AMB, que avalia sintomatologia de depressão. No grupo de DP não foi observada significância estatística, da mesma maneira no grupo de HD quando comparados os gêneros. Entretanto, se observa um índice maior no grupo de hemodiálise, evidenciando, talvez, uma tendência para maior sintomatologia de depressão.

Tabela 7 – Comparação entre os gêneros no grupo de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Mann Whitney

EBADEP	DP		U	p	HD		U	p
	Masc Média	Fem Média			Masc Média	Fem Média		
EBADEP	15,39	15,67	106,00	0,932	24,31	23,50	252,00	0,844

A Tabela 8 mostra a comparação entre o estado civil nos grupos de diálise peritoneal a hemodiálise em relação ao ISSL. Essa comparação não evidenciou fator de significância estatística.

Tabela 8 – Comparação entre os gêneros no grupo de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Mann Whitney

ISSL	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
ISSL	U. Estável	15,20	3,78	0,286	U. Estável	24,34	2,868	0,412
	Separado	26,00			Separado	19,42		
	Solteiro	18,75			Solteiro	22,63		
	Viúvo	7,25			Viúvo	38,00		

A Tabela 9 apresenta a comparação entre o estado civil nos grupos de DP e HD referente ao IPSF. No grupo de DP não houve correspondência estatística para a o estado civil. No grupo de HD houve significância no fator Afetivo-Consistente, evidenciando que o grupo de viúvo e em união estável apresentam melhor percepção no fator Afetivo-Consistente do IPSF.

Tabela 9 - Comparação entre estado civil nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao IPSF, de acordo com Kruskal Wallis

IPSF	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
IPSF Afetivo-Consistente	U. Estável	16,20	2,88	0,409	U. Estável	27,45	8,09	*0,044
	Separado	16,50			Separado	18,75		
	Solteiro	9,00			Solteiro	13,25		
	Viúvo	20,00			Viúvo	29,25		
IPSF Adaptação	U. Estável	15,89	2,30	0,511	U. Estável	27,42	7,42	0,060
	Separado	21,00			Separado	12,17		
	Solteiro	10,13			Solteiro	21,50		
	Viúvo	19,00			Viúvo	16,50		
IPSF Autonomia	U. Estável	16,13	4,15	0,246	U. Estável	25,19	5,55	0,135
	Separado	9,00			Separado	13,25		
	Solteiro	18,00			Solteiro	28,81		
	Viúvo	6,50			Viúvo	18,50		
IPSF Total	U. Estável	16,46	1,46	0,691	U. Estável	27,77	7,59	0,055
	Separado	18,00			Separado	14,08		
	Solteiro	9,50			Solteiro	17,00		
	Viúvo	15,25			Viúvo	23,25		

\*p< 0,05 (grau de significância)

Na Tabela 10 apresenta-se a comparação entre estado civil entre os grupos de DP e HD em relação a EBADEP-HOSP-AMB. No grupo de DP não houve

significância estatística. No grupo de HD houve significância quando comparado o estado civil dos participantes em relação ao grupo de separados e viúvos.

Tabela 10 - Comparação entre estado civil nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Kruskal Wallis

EBADEP	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
EBADEP	U. Estável	15,02	1,46	0,691	U. Estável	20,08	10,51	*0,015
HOSP-AMB	Separado	8,50			Separado	38,75		
	Solteiro	19,13			Solteiro	25,88		
	Viúvo	17,25			Viúvo	33,00		

\*p< 0,05 (grau de significância)

A Tabela 11 apresenta a comparação referente ao número de filhos dos pacientes que são submetidos a Diálise Peritoneal e Hemodiálise em relação ao ISSL. Após a comparação, pode-se observar que não houve significância estatística em relação ao número de filhos.

Tabela 11 - Comparação entre o número de filhos nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao ISSL, de acordo com o Kruskal Wallis

ISSL	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
ISSL	0	15,08	1,335	0,513	0	17,31	2,387	0,303
	1 a 4	16,38			1 a 4	25,69		
	4 ou mais	10,17			4 ou mais	24,13		

Na Tabela 12 verifica-se a comparação em relação ao número de filhos dos pacientes que realizam Diálise Peritoneal e Hemodiálise referente ao IPSF. Pode-se observar que não houve significância estatística referente ao número de filhos nesses grupos. Assim, a quantidade de filhos parece não influenciar a forma como o paciente avalia o suporte familiar.

Tabela 12 - Comparação entre número de filhos nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao IPSF, de acordo com o Kruskal Wallis

IPSF	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
IPSF Afetivo-	0	15,83	1,01	0,601	0	17,44	2,26	0,323
Consistente	1 a 4	14,74			1 a 4	25,11		
	4 ou mais	20,17			4 ou mais	26,25		
IPSF	0	18,75	2,41	0,299	0	21,88	,595	0,742
Adaptação	1 a 4	13,90			1 a 4	25,10		

Continua

IPSF	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
IPSF Autonomia	4 ou mais	20,17	2,35	0,308	4 ou mais	21,88	3,88	0,143
	0	17,00			0	32,44		
	1 a 4	14,29			1 a 4	22,35		
IPSF Total	4 ou mais	21,00	2,19	0,333	4 ou mais	21,94	,515	0,773
	0	17,17			0	21,00		
	1 a 4	14,14			1 a 4	24,87		
	4 ou mais	21,67			4 ou mais	23,63		

A Tabela 13 apresenta a comparação entre o número de filhos entre os pacientes que realizam DP e HD referente a EBADEP-HOSP-AMB. Nota-se que não houve significância estatística para essa comparação.

Tabela 13 - Comparação entre o número de filhos nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Kruskal Wallis

EBADEP	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
EBADEP HOSP-AMB	0	9,67	5,55	0,062	0	20,75	,890	0,641
	1 a 4	17,98			1 a 4	25,32		
	4 ou mais	9,83			4 ou mais	22,13		

A Tabela 14 apresenta a comparação sobre a escolaridade no grupo de pacientes que realizam diálise peritoneal e hemodiálise nos níveis de escolaridade referentes ao ISSL.

Tabela 14 - Comparação entre escolaridade nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao ISSL, de acordo com o Kruskal Wallis

ISSL	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
ISSL	EFI	14,57	2,375	0,498	EFI	23,54	5,610	0,132
	EFC	14,75			EFC	31,78		
	EMC	13,33			EMC	16,13		
	ESC	20,33			ESC	24,90		

A Tabela 15 apresenta a comparação sobre a escolaridade no grupo de pacientes que realizam diálise peritoneal e hemodiálise referentes ao IPSF. Nota-se que no grupo de DP e HD não houve, como apresentado na tabela, alterações



significativas quanto à escolaridade em relação ao suporte familiar, ou seja, não houve correspondência estatística.

Tabela 15 - Comparação entre escolaridade nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao IPSF, de acordo com o Kruskal Wallis

IPSF	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
IPSF Afetivo-Consistente	EFI	18,14	5,40	0,144	EFI	25,68	1,25	0,739
	EFC	9,75			EFC	22,56		
	EMC	10,58			EMC	23,75		
	ESC	18,08			ESC	18,60		
IPSF Adaptação	EFI	15,46	2,63	0,451	EFI	21,70	3,14	0,370
	EFC	13,88			EFC	23,22		
	EMC	12,17			EMC	31,38		
	ESC	20,00			ESC	25,10		
IPSF Autonomia	EFI	12,00	6,68	0,083	EFI	24,52	5,89	0,117
	EFC	18,00			EFC	19,72		
	EMC	16,50			EMC	32,25		
	ESC	21,00			ESC	15,90		
IPSF Total	EFI	16,29	3,88	0,274	EFI	24,38	3,79	0,285
	EFC	10,50			EFC	21,67		
	EMC	12,33			EMC	28,31		
	ESC	20,17			ESC	19,40		

A Tabela 16 apresenta a comparação sobre a escolaridade no grupo de pacientes que realizam diálise peritoneal e hemodiálise nos níveis de escolaridade referentes a EBADEP HOSP-AMB.

Tabela 16 - Comparação entre escolaridade nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Kruskal Wallis

EBADEP	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
EBADEP HOSP-AMB	EFI	16,18	2,42	0,489	EFI	24,66	3,79	0,285
	EFC	20,63			EFC	29,50		
	EMC	12,75			EMC	16,81		
	ESC	13,25			ESC	22,30		

Em relação à escolaridade, verifica-se que no grupo de DP e HD não houve significância estatística em relação a escolaridade quando comparados em relação a EBADEP-HOSP-AMB.

A Tabela 17 demonstra a comparação nos grupos de DP e HD relacionados à opção religiosa, podendo verificar que tanto no grupo de DP como no de HD não ocorreu significância estatística referentes a opção religiosa correlacionando-a com o ISSL.

Tabela 17 - Comparação entre religião nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao ISSL, de acordo com o Kruskal Wallis

ISSL	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
ISSL	Evangélico	13,56	0,287	0,867	Evangélico	15,41	2,979	0,225
	Católico	15,22			Católico	22,55		
	Espírita	13,50			Espírita	19,00		
	Sem religião				Sem religião			

A Tabela 18 apresenta a comparação entre religião nos grupos de DP e HD de acordo com IPSF. Verifica-se que não houve significância estatística para essa comparação em relação à opção religiosa.

Tabela 18 - Comparação entre opção religiosa nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao IPSF, de acordo com o Kruskal Wallis

IPSF	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
IPSF Afetivo-Consistente	Evangélico	14,67	3,59	0,309	Evangélico	27,73	2,56	0,463
	Católico	16,75			Católico	23,54		
	Espírita	18,33			Espírita	34,50		
	Sem religião	5,00			Sem religião	18,50		
IPSF Adaptação	Evangélico	16,67	7,27	0,064	Evangélico	22,27	1,95	0,581
	Católico	15,13			Católico	25,48		
	Espírita	23,00			Espírita	34,50		
	Sem religião	2,00			Sem religião	19,29		
IPSF Autonomia	Evangélico	15,33	1,98	0,575	Evangélico	27,41	2,76	0,429
	Católico	14,94			Católico	23,14		
	Espírita	21,00			Espírita	39,00		
	Sem religião	12,50			Sem religião	19,93		
IPSF Total	Evangélico	15,33	4,80	0,187	Evangélico	27,23	3,99	0,263
	Católico	15,94			Católico	23,68		

Continua

IPSF	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
	Espírita	21,33			Espírita	42,50		
	Sem religião	4,00			Sem religião	17,57		

A Tabela 19 demonstra a comparação nos grupos de DP e HD relacionados à opção religiosa, podendo verificar que tanto no grupo de DP como no de HD não ocorreu significância estatística referentes a opção religiosa correlacionando-a com a EBADEP- HOSP-AMB. O resultado exposto na Tabela 15 evidencia que a opção religiosa possivelmente não influencia a sintomatologia depressiva para o grupo de DP e HD.

Tabela 19 - Comparação entre religião nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Kruskal Wallis

EBADEP	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
EBADEP	Evangélico	11,28	5,72	0,126	Evangélico	22,00	6,01	0,111
HOSP-AMB	Católico	16,97			Católico	22,39		
	Espírita	13,17			Espírita	12,50		
	Sem religião	26,25			Sem religião	35,21		

Na Tabela 20 é apresentada a comparação e a satisfação com a opção religiosa nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise em relação ao ISSL. Observa-se que nos dois grupos não houve significância estatística para essa correlação.

Tabela 20 - Comparação entre satisfação com a religião nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao ISSL, de acordo com o Kruskal Wallis

ISSL	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
ISSL	Muito	12,92	1,964	0,580	Muito	17,34	2,127	0,345
	Satisfeito	16,96			Satisfeito	23,05		
	Pouco	11,75			Pouco	20,38		
	Insatisfeito	11,00						

A Tabela 21 demonstra e compara a satisfação com a opção religiosa nos grupos de DP e HD em relação ao IPSF. No que se refere ao grupo de DP verifica-se que não houve significância estatística para essa avaliação. Contudo no grupo de HD houve significância no Fator Afetivo-Consistente e no IPSF Total, indicando que os pacientes em HD declararam estar muito satisfeitos com a opção religiosa.

Tabela 21 - Comparação entre satisfação com a religião nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao IPSF, de acordo com o Kruskal Wallis

IPSF	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
IPSF Afetivo-Consistente	Muito	15,92	2,73	0,434	Muito	26,28	7,63	*0,022
	Satisfeito	14,50			Pouco	17,75		
	Pouco	11,00			Insatisfeito	11,13		
	Insatisfeito	3,00						
IPSF Adaptação	Muito	15,88	2,23	0,525	Muito	21,88	5,48	0,064
	Satisfeito	14,38			Pouco	17,20		
	Pouco	6,75			Insatisfeito	31,50		
	Insatisfeito	13,50						
IPSF Autonomia	Muito	16,85	3,79	0,285	Muito	24,69	3,71	0,155
	Satisfeito	12,04			Pouco	17,85		
	Pouco	11,50			Insatisfeito	17,00		
	Insatisfeito	19,50						
IPSF Total	Muito	16,88	4,07	0,254	Muito	26,00	6,33	*0,042
	Satisfeito	13,92			Pouco	17,53		
	Pouco	7,25			Insatisfeito	13,38		
	Insatisfeito	5,00						

\*p < 0,05 (grau de significância)

Na Tabela 22 é apresentada a comparação e a satisfação com a opção religiosa nos grupos de DP e HD em relação a EBADEP-HOSP-AMB. Nota-se que nos dois grupos não houve significância estatística para essa correlação.

Tabela 22 - Comparação entre satisfação com a religião nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Kruskal Wallis

EBADEP	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
EBADEP HOSP-AMB	Muito	13,04	5,92	0,115	Muito	17,13	2,38	0,303
	Satisfeito	13,38			Pouco	23,18		
	Pouco	24,50			Insatisfeito	20,63		
	Insatisfeito	27,00						

A Tabela 23 exibe a comparação do suporte religioso com a religião nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise em relação ao ISSL. A partir dos resultados não foi verificada significância estatística para os dois grupos.

Tabela 23 - Comparação entre satisfação com a religião nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao ISSL, de acordo com o Kruskal Wallis

ISSL	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
ISSL	Muito	13,37	4,142	0,126	Muito	20,85	0,205	0,902
	Pouco	19,43			Pouco	20,60		
	Nada	8,00			Nada	18,30		

A Tabela 24 realiza a comparação entre suporte nos grupos de DP e HD em relação ao IPSF. No grupo de DP não ocorreu significância estatística. No grupo de HD houve significância no Fator Afetivo-Consistente e no IPSF Total, indicando que os pacientes em HD referem que o suporte religioso auxilia de maneira favorável no enfrentamento da condição de doença, nesse sentido percebem melhor o suporte familiar no fator Afetivo-Consistente e IPSF Total.

Tabela 24 - Comparação entre suporte religioso nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao IPSF, de acordo com o Kruskal Wallis

IPSF	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
IPSF Afetivo-Consistente	Muito	16,79	4,77	0,092	Muito	23,33	8,78	*0,012
	Pouco	10,21			Pouco	16,80		
	Nada	7,75			Nada	7,20		
IPSF Adaptação	Muito	16,34	3,39	0,183	Muito	21,33	1,44	0,487
	Pouco	9,79			Pouco	14,70		
	Nada	13,50			Nada	21,30		
IPSF Autonomia	Muito	14,34	0,609	0,737	Muito	22,17	2,80	0,246
	Pouco	15,79			Pouco	14,00		
	Nada	11,50			Nada	17,00		
IPSF Total	Muito	16,50	3,99	0,136	Muito	23,10	6,44	*0,040
	Pouco	11,29			Pouco	15,30		
	Nada	6,75			Nada	10,10		

\*p < 0,05 (grau de significância)

A Tabela 25 exibe a comparação do suporte religioso com a religião nos grupos de DP e HD em relação a EBADEP-HOSP-AMB. A partir dos resultados não

foi verificada significância estatística para o grupo de DP e HD. Podendo-se afirmar que, para este grupo não há relação com a satisfação com a religião e a sintomatologia depressiva.

Tabela 25 - Comparação entre satisfação com a religião nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Kruskal Wallis

EBADEP	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
EBADEP HOSP-AMB	Muito	12,37	4,75	0,093	Muito	18,97	2,28	0,320
	Pouco	17,71			Pouco	26,80		
	Nada	23,50			Nada	23,40		

Na Tabela 26 é apresentada a comparação nos grupos de DP e HD referentes ao trabalho em relação ao ISSL. No grupo de DP não ocorreu significância estatística, bem como no grupo de HD. Assim, para este grupo, a condição do paciente relacionada ao trabalho não influencia na sintomatologia de estresse.

Tabela 26 - Comparação entre trabalho nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao ISSL, de acordo com o Kruskal Wallis

ISSL	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
ISSL	Afastado por motivo de saúde	17,04	6,564	0,255	Afastado por motivo de saúde	22,55	5,967	0,309
	Prof. Autônomo	7,00			Prof. Autônomo	8,00		
	Do lar	4,83			Do lar	30,60		
	Não Trabalha	12,00			Não Trabalha	30,10		
	Prof. Liberal	18,00			Prof. Liberal	30,33		
	Aposentado	17,45			Aposentado	22,21		

Na Tabela 27 apresenta-se a comparação entre trabalho no grupo de DP e HD em relação ao IPSF. No grupo de DP não ocorreu significância estatística referente ao trabalho. No grupo de HD houve significância no Fator Afetivo-Consistente, sendo que aposentados, do lar e os que não trabalham tiveram melhor percepção do suporte familiar nesse fator.

Tabela 27 - Comparação entre trabalho nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao IPSF, de acordo com o Kruskal Wallis

IPSF	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
IPSF Afetivo-Consistente	Afastado por motivo de saúde	14,00	3,52	0,619	Afastado por motivo de saúde	16,58	15,68	*0,008
	Prof. Autônomo	11,50			Prof. Autônomo	19,00		
	Do lar	19,50			Do lar	32,20		
	Não Trabalha	4,00			Não Trabalha	24,40		
	Prof. Liberal	18,50			Prof. Liberal	19,67		
	Aposentado	17,32			Aposentado	33,04		
IPSF Adaptação	Afastado por motivo de saúde	13,35	5,79	0,327	Afastado por motivo de saúde	21,10	6,19	0,288
	Prof. Autônomo	15,50			Prof. Autônomo	38,25		
	Do lar	23,17			Do lar	19,40		
	Não Trabalha	3,00			Não Trabalha	21,20		
	Prof. Liberal	21,00			Prof. Liberal	22,67		
	Aposentado	16,59			Aposentado	29,88		
IPSF Autonomia	Afastado por motivo de saúde	15,77	2,20	0,821	Afastado por motivo de saúde	23,40	4,15	0,528
	Prof. Autônomo	21,00			Prof. Autônomo	39,00		
	Do lar	15,33			Do lar	26,80		
	Não Trabalha	21,00			Não Trabalha	25,80		
	Prof. Liberal	21,00			Prof. Liberal	15,83		
	Aposentado	13,73			Aposentado	22,63		
IPSF Total	Afastado por motivo de saúde	14,27	4,99	0,416	Afastado por motivo de saúde	17,60	9,51	0,090
	Prof. Autônomo	16,50			Prof. Autônomo	26,00		
	Do lar	20,50			Do lar	30,00		
	Não Trabalha	5,00			Não Trabalha	24,60		
	Prof. Liberal	21,00			Prof. Liberal	22,30		
	Aposentado	15,95			Aposentado	32,00		

Na Tabela 28 é apresentada a comparação nos grupos de DP e HD referentes ao trabalho em relação a EBADEP-HOSP-AMB. No grupo de DP não ocorreu significância estatística, bem como no grupo de HD. Assim, para este grupo, a condição do paciente relacionada ao trabalho não influencia na sintomatologia de depressão.

Tabela 28 - Comparação entre trabalho nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Kruskal Wallis

EBADEP	DP	Média	W	p		HD	Média	W	p
EBADEP HOSP-AMB	Afastado por motivo de saúde	11,27	4,99	0,416		Afastado por motivo de saúde	25,48	8,11	0,150
	Prof. Autônomo	8,50			Prof. Autônomo	3,50			
	Do lar	11,33			Do lar	31,40			
	Não Trabalha	30,00			Não Trabalha	27,20			
	Prof. Liberal	11,50			Prof. Liberal	28,50			
	Aposentado	14,23			Aposentado	19,42			

A Tabela 29 demonstra a comparação entre nos grupos de DP e HD referente ao ISSL referente ao tempo de tratamento. Verifica-se que nos grupos de DP e HD não houve significância estatística nessa correlação.

Tabela 29 - Comparação entre tempo de tratamento nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao ISSL, de acordo com o Kruskal Wallis

ISSL	DP	Média	W	p		HD	Média	W	p
ISSL	6m a 2 anos	15,48	2,172	0,537		6m a 2 anos	19,56	3,421	0,331
	2 a 4 anos	16,00			2 a 4 anos	24,07			
	4 a 6 anos	12,90			4 a 6 anos	22,18			
	+ de 6 anos	27,00			+ de 6 anos	30,45			

A Tabela 30 demonstra a comparação entre o tempo de tratamento no grupo de pacientes em DP e HD referente ao IPSF. No grupo de DP não houve significância estatística para essa correlação. Porém, no grupo de HD ocorreu significância no fator Autonomia referente ao tempo de dois a seis anos de tratamento.

Tabela 30 - Comparação entre tempo de tratamento nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação ao IPSF, de acordo com o Kruskal Wallis

IPSF	DP	Média	W	p		HD	Média	W	p
IPSF Afetivo- Consistente	6m a 2 anos	14,83	,934	0,817		6m a 2 anos	21,39	6,29	0,098
	2 a 4 anos	16,13			2 a 4 anos	23,57			
	4 a 6 anos	18,50			4 a 6 anos	30,89			
	+ de 6 anos	11,50			+ de 6 anos	17,30			
IPSF	6m a 2 anos	14,43	2,93	0,401		6m a 2 anos	17,22	5,39	0,145



Continua

IPSF	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
Adaptação	2 a 4 anos	17,50	6,68	0,083	2 a 4 anos	23,32	8,30	*0,040
	4 a 6 anos	20,00			4 a 6 anos	23,64		
	+ de 6 anos	6,50			+ de 6 anos	31,55		
IPSF Autonomia	6m a 2 anos	14,60	3,56	0,313	6m a 2 anos	20,83	1,22	0,748
	2 a 4 anos	16,75			2 a 4 anos	28,11		
	4 a 6 anos	21,00			4 a 6 anos	28,54		
IPSF Total	+ de 6 anos	1,00	3,56	0,313	+ de 6 anos	14,75	1,22	0,748
	6m a 2 anos	14,48			6m a 2 anos	19,33		
	2 a 4 anos	15,88			2 a 4 anos	26,43		
	4 a 6 anos	21,20			4 a 6 anos	28,82		
	+ de 6 anos	6,00			+ de 6 anos	18,05		

\*p < 0,05 (grau de significância)

Os resultados da Tabela 30 evidenciam que os pacientes em HD com mais tempo de tratamento percebem melhor o suporte familiar no Fator Autonomia, podendo avaliar melhor as relações de confiança, liberdade e privacidade.

A Tabela 31 apresenta a comparação entre nos grupos de DP e HD referente a EBADEP HOSP-AMB referente ao tempo de tratamento. Verifica-se que nos grupos de DP e HD não houve significância estatística nessa correlação.

Tabela 31 - Comparação entre tempo de tratamento nos grupos de diálise peritoneal e hemodiálise, em relação a EBADEP HOSP-AMB, de acordo com o Kruskal Wallis

EBADEP	DP	Média	W	p	HD	Média	W	p
EBADEP HOSP-AMB	6m a 2 anos	15,00	1,80	0,615	6m a 2 anos	25,39	1,22	0,748
	2 a 4 anos	19,25			2 a 4 anos	21,36		
	4 a 6 anos	13,10			4 a 6 anos	23,39		
	+ de 6 anos	22,50			+ de 6 anos	27,30		

## 5. DISCUSSÃO

Os resultados sociodemográficos desse estudo mostraram que a prevalência nos grupos de DP e HD foi do sexo masculino, pacientes com baixa escolaridade, e a maioria em união estável e com filhos. A incidência em relação ao trabalho foi que, em ambos os grupos, a maioria estava afastada por motivo de saúde ou aposentada, corroborando os achados de outras pesquisas (FINGER et. al., 2011; RAMOS et al., 2015; SBN, 2015).

O predomínio da faixa etária em relação à DP foi entre 56 e 70 anos, diferentemente no grupo de HD que prevaleceu a faixa etária de 36 a 55 anos. Fator que pode estar relacionado à autonomia que o paciente mais jovem tem em relação à mobilidade para realizar o tratamento fora do domicílio, bem como pelas condições físicas de autocuidado, locomoção e manutenção das atividades de vida diária que mantém, diferentemente da faixa etária mais velha, a qual possui condições restritas inerentes à idade associadas à doença e ao tratamento. No entanto, os pacientes mais jovens poderiam ser beneficiados com o tratamento no domicílio, o que favoreceria outras atividades produtivas dessa faixa etária, inclusive as de trabalho, sociais, familiares, entre outras. Clemente et al. (2010) consideram a importância de iniciar TRS com a DP caso indicada, considerando que ambas possuem a mesma eficácia, desta forma, outros fatores poderiam ser levados em consideração, como a idade e autonomia do paciente. No que se refere à amostra total da faixa etária predominante entre os dois grupos, esses achados estão em conformidade com os dados do censo brasileiro de diálise, que indica que a faixa etária predominante é de 19 a 64 anos (SBN, 2013).

Ainda referente aos aspectos sociodemográficos, verifica-se que as doenças de base para os dois grupos foram DM e HAS associadas, seguidos de HAS, GNC e HAS, e rins policísticos e HAS. Esses achados diferem dos apontados por Sesso et al. (2012), que indicam que as doenças primárias dos pacientes renais crônicos no Brasil são: HAS, DM, GNC e rins policísticos, estando em conformidade com o censo brasileiro de diálise de 2013 (SBN, 2013). O tempo de tratamento para a maioria dos pacientes em DP permeou de seis meses a dois anos, diferentemente dos grupos dos pacientes em HD que prevaleceu um tempo maior, entre dois a seis anos de tratamento. Esses resultados diferem de alguns estudos, em que pacientes em DP e HD estavam em TRS entre um ano e três anos em sua maioria (COSTA et. al., 2014; RAMOS et al., 2015). Porém, o

tempo de tratamento é relativo em cada ambulatório de diálise e, a amostra dessas pesquisas foi, por conveniência, como a desse estudo.

De acordo com a EBADEP-HOSP-AMB que também obtém alguns dados demográficos, inclusive religiosos, nota-se que a maioria da amostra, tanto dos pacientes em DP como em HD, se declarou católica, seguida de evangélica. Da mesma forma, relataram estar muito satisfeitos com a opção religiosa. Referente ao quanto de suporte o paciente considera que a opção religiosa oferece no enfrentamento de seu estado de saúde, a maioria apontou muito suporte, indicando que a opção religiosa pode favorecer o enfrentamento em relação à situação de doença e tratamento. Esta condição pode, inclusive, promover a adesão ao tratamento dialítico, conforme descrito por Madeiro et al. (2010).

O objetivo principal desse trabalho foi comparar e correlacionar aspectos emocionais do paciente renal crônico em HD e DP, referente ao estresse e sintomatologia de depressão, bem como a percepção do suporte familiar. Em princípio, destaca-se a diferença da amostra que foi proposta na pesquisa e que finalizou com o número de pacientes em HD superior aos que realizam DP, fato que corrobora dados do Censo Brasileiro de Diálise (2013), podendo-se conjecturar uma subutilização da DP. Segundo dados da SBN (2015), a DP é utilizada em menor escala. No entanto, não se pode desconsiderar que a precariedade na assistência primária à saúde e a referência protelada dos pacientes com DRC ao Nefrologista, acarreta a entrada desses pacientes em HD pelo SUS em caráter de urgência, não havendo tempo hábil para indicação de DP. Nesses casos, os pacientes são submetidos à HD, revelando um problema nas políticas públicas de saúde, ou seja, a ausência de programas efetivos na atenção primária aos grupos de riscos para DRC, como os diabéticos, hipertensos, idosos e familiares de pacientes com DRC (ROCHA et al., 2009).

Salvo algumas situações, como perda da função peritoneal, aderências que limitam o fluxo do dialisato, defeitos mecânicos incorrigíveis, falta de auxílio na realização da técnica da DP e doenças intestinais inflamatórias, a DP e a HD possuem as mesmas indicações clínicas, o que não justifica sua baixa utilização. O número de pacientes em DP, como mencionado no estudo de Ramos et al. (2014), em países como México e Hong Kong é quase nove vezes maior que no Brasil, seguido da Europa, cinco vezes maior, e EUA, com estatística bem próxima. Outras pesquisas que incluíram as duas amostras,

pacientes em HD e DP, também revelaram essa discrepância (CLEMENTE et al., 2010; FERNANDES et al., 2010; SESSO et al., 2014).

No que se refere ao estresse, os resultados da pesquisa evidenciaram que os pacientes em DP domiciliar apresentaram maior índice de estresse, ou seja, em metade da amostra, e a maioria na fase de resistência. Esses achados foram inferiores no grupo dos pacientes em HD que, contudo, também apresentaram sintomatologia de estresse, na maioria na fase de resistência, e nos dois grupos houve predomínio de sintomas físicos e psicológicos. Essa diferença pode estar relacionada aos cuidados que a família e o paciente precisam manter no domicílio para a realização da DP, ao contrário da HD, na qual o hospital é quem assume os cuidados e riscos durante esse método. Abrahão et al. (2009) confirmam esses achados em sua pesquisa com cuidadores de crianças e adolescentes, os quais descrevem suas reações e dificuldades vivenciadas na realização da DP. As queixas referem-se a medos e apreensões quanto às complicações de saúde do doente: medo de infecções e peritonites; receios em relação à técnica em si, assepsia, limpeza do local da diálise, manuseio com as bolsas de DP, entre outras; repercussões sobre a vida familiar e social, menos disponibilidade para trabalhar, estudar, viajar, passear, aumento dos gastos e transformações da rotina e dinâmica familiar; incômodos relativos à DP e associados à DRC; queixas de repercussões psíquicas, como situações de depressão e tristeza, vergonha do cateter na barriga, ansiedade, nervosismo e inquietude.

Após levantamento de pesquisas em base de dados, observou-se que as pesquisas no Brasil com doente renal crônico em diálise se mostram escassas no que diz respeito ao estresse. Valle, Souza e Ribeiro (2013) contribuíram para essa discussão, ao utilizar o ISSL para avaliar pacientes em HD e os resultados mostraram que a maioria desses pacientes apresentou estresse na fase de resistência. Comparando com o estudo ora apresentado, os pacientes em HD revelaram um índice elevado de estresse, embora menor do que os de DP. Contudo, é importante que outras pesquisas sejam elaboradas para confirmar esses dados.

Os pacientes que realizam HD, quando submetidos ao método, vivenciam suas particularidades no tratamento: seu cotidiano e o da família sofrem diversas alterações por necessitarem de muito empenho, tempo e mudanças para a manutenção da qualidade de vida por meio do tratamento hemodialítico. Tal afirmação é corroborada com os dados encontrados por Madeiro et al. (2010) ao mostrarem algumas dificuldades

relatadas pelos pacientes como o transporte e a distância até os centros de diálise, a frequência e o tempo destinado às sessões de hemodiálise (HD), dor e desconforto da punção da fístula arteriovenosa (FAV) e seus cuidados, fatores financeiros, limitação do lazer, acordar cedo, restrição hídrica, não trabalhar, dependência de acompanhantes e *déficit* de conhecimento sobre a doença e tratamento.

Juntamente com o estresse, fator emocional que foi investigado nesse estudo, a sintomatologia de depressão também foi avaliada, sendo que os pacientes em DP e HD apresentaram baixa sintomatologia para depressão de acordo com a EBADEP-AMB-HOSP. Esse achado corrobora com a pesquisa de Santos (2011), que ao correlacionar depressão e qualidade de vida em pacientes em HD, notou que poucos apresentaram sintomas de depressão. Contudo, esses resultados contrapõem dados de outras pesquisas, em que a sintomatologia de depressão nos pacientes renais crônicos em HD é bem mais elevada, embora tenham utilizado outros instrumentos (COSTA et al., 2014; FINGER et al., 2011; NIFA; RUDNICKI, 2010).

Além do estresse e sintomatologia depressiva, foi verificada a percepção do suporte familiar nos pacientes em DP e HD. Em ambos os grupos de maneira geral, o IPSF total ficou em Médio-Alto, o que sugere boa percepção do suporte familiar. Contudo, em relação ao Fator 2 (Adaptação) e Fator 3 (Autonomia) o grupo em HD apresentou escore Médio-Baixo para esses fatores. Eles revelam sentimentos e comportamentos negativos em relação à família, tais como raiva, isolamento e incompreensão. Também percepções de que os familiares competem entre si, com poucas relações proativas, de confiança, liberdade e privacidade (BAPTISTA 2009). Uma suposição seria a de que, como o cuidado é transferido ao hospital, este paciente pode não se sentir devidamente valorizado pela família, ou mesmo por vivenciar de forma isolada a condição da doença e o tratamento, embora ainda não haja suporte de pesquisa para comprová-la.

Segundo Souza e Baptista (2008), quando a família oferece aos seus membros cuidado, carinho, atenção, empatia, diálogo, autonomia, afetividade, aceitação e liberdade, ela funciona como uma fonte de suporte, tornando-se indispensável ao desenvolvimento saudável de seus membros. A família pode ser compreendida como uma rede primária de interação social e provedora de apoio, o que contribui para a integridade física e psicológica do indivíduo, acrescentam esses autores.

Essa pesquisa evidenciou que o grupo de pacientes em DP possui melhor percepção do suporte familiar no Fator Autonomia do que os pacientes em HD, o que

aponta que esses pacientes podem, com o tratamento no domicílio, manter melhor autonomia em relação à própria dinâmica familiar, sem distanciamento, conservando aspectos de liberdade e privacidade entre os membros, em específico quando os pacientes conseguem administrar seu próprio tratamento.

Quando comparados os grupos em relação ao IPSF e gênero, houve significância estatística. As mulheres que realizam HD perceberam melhor o suporte familiar do que os homens nos fatores Afetivo-Consistente, Autonomia e IPSF Total. Isto indica que as mulheres expressam a afetividade entre os membros da família de forma verbal e não verbal, bem como interesse, proximidade, comunicação, empatia e habilidades na resolução de problemas melhor que os homens (BAPTISTA, 2009). Em relação ao fator autonomia do IPSF, as mulheres também obtiveram melhor resultado, sugerindo melhor expressão dos sentimentos em relação à raiva, irritação e agressividade.

Em relação à comparação do IPSF no que se refere ao estado civil, houve significância estatística para o grupo de HD, sendo que os pacientes viúvos e em união estável percebem melhor o suporte familiar no fator Afetivo-Consistente. Baptista (2007) refere que as habilidades na comunicação verbal e não verbal entre os membros da família, assim como a assertividade na resolução de conflitos, são comportamentos que indicam melhor percepção familiar no fator afetivo-consistente. Pode-se pensar que as pessoas viúvas, pela possível longevidade, acabam adquirindo habilidades ao longo da vida. Do mesmo modo, as pessoas em união estável, devido ao relacionamento afetivo, conjugal e outros, podem apresentar melhor comunicação, o que indica melhor percepção do suporte familiar, embora sem suporte de outras pesquisas.

No grupo de pacientes em HD também houve significância estatística em relação ao IPSF e a satisfação com a opção religiosa, sendo que os pacientes declararam estar muito satisfeitos com a prática religiosa, bem como referiram que o suporte religioso auxilia no enfrentamento do estado de saúde. Esses achados apontam que a espiritualidade é um fator importante para o paciente, ajudando na compreensão sobre questões referentes ao final da vida, sobre seu sentido, ao transcendente, o que pode levar às práticas religiosas. Na atualidade existem publicações internacionais que relevam esse assunto e mostram a importância desse tema para o paciente em diálise como a de Lucchetti, Almeida e Granero (2010).

Por meio dos dados apresentados acima, supõe-se que os pacientes em HD podem apresentar melhor percepção do suporte familiar, considerando a satisfação com a

opção religiosa, sendo esta, possivelmente, um recurso de enfrentamento diante da condição de doença crônica. Esse recurso foi investigado por Valcanti et. al (2012), sendo concluído que os pacientes em hemodiálise utilizavam estratégias do *coping* religioso/espiritual para enfrentar a condição de saúde.

Prosseguindo nos dados com significância, novamente a amostra de pacientes em HD no item trabalho demonstrou melhor percepção em relação ao suporte familiar no fator Afetivo-Consistente. Os pacientes aposentados, os que não trabalham e as donas de casa, possivelmente apresentaram melhor percepção por permanecerem rotineiramente no ambiente familiar, participando das rotinas, decisões e resoluções de problemas.

Os resultados desse estudo apontaram que o tempo de tratamento influenciou na percepção do suporte familiar no grupo de pacientes em HD referente ao fator autonomia. Possivelmente, quanto maior o tempo de tratamento, melhor a compreensão sobre a doença e a hemodiálise, bem como a melhora dos sintomas urêmicos característicos da DRC terminal. Esta condição de autonomia poderia, então, favorecer as relações familiares, liberando seus membros de maiores responsabilidades com a doença.

Apesar da escassez de pesquisas com o IPSF e esse tipo de amostra do estudo, esse instrumento demonstrou ser um instrumento capaz de avaliar a percepção de suporte familiar, por intermédio de uma das evidências de validade denominada validade de construto, de acordo com os *Standards for Educational and Psychological Testing* produzido pela *American Educational Research Association, American Psychological Association e National Council on Measurement in Education*. Os três fatores avaliados pelo IPSF referentes ao Afetivo-Consciente, Adaptação e Autonomia também apresentam índices de precisão considerados satisfatórios aos padrões da psicometria conforme apresenta Baptista (2007) em seus estudos com mil e sessenta e quatro estudantes do ensino médio e universitário.

Em relação às questões relacionadas à família, os dados apontam que a percepção do suporte familiar é relevante para essa amostra. Para Souza e Baptista (2008), o cuidado e a aceitação do suporte familiar influenciam diretamente no bem-estar físico, psíquico e social do sujeito, e a falta desse é um dos fatores que predispõe à doença mental. Portanto, as relações estabelecidas na família podem favorecer uma rede de apoio que contribuirá no processo de saúde ou doença.

Por fim, essa temática é complexa, pois as situações emocionais do paciente renal crônico em diálise precisam ser mais bem investigadas, considerando o tempo do

tratamento, as restrições hídricas e dietéticas, modalidades de tratamento, expectativas em relação ao transplante, entre outros, fatores que não envolvem somente o paciente, mas sua rede de cuidado, incluindo a família.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados referentes ao grupo de DP contrariaram a hipótese, apresentando maior frequência de estresse comparado aos pacientes que realizam HD. Embora não seja evidente a condição de causa e efeito, quando se constata o índice muito maior de tratamento em HD no Brasil, isto passa a ser reconfortante.

Ressalta-se o expressivo número de pacientes em diálise no Brasil e sua incidência cada vez maior, fato que pode estar intimamente relacionado à condição precária de saúde pública na atualidade, bem como a necessidade de maiores investimentos na rede de atenção primária à saúde, local em que se trata a maioria das doenças crônicas de base dos pacientes.

Se os pacientes de risco fossem mais bem assistidos em relação à sua condição de saúde/doença, o início do tratamento dialítico seria protelado ou poderia ocorrer de forma programada. Em muitas situações os pacientes poderiam se manter em tratamento conservador, qual seja, sem tratamento dialítico.

Destaca-se que o tratamento dialítico é oneroso, envolve vários procedimentos e, em sua maioria, é realizado pelo SUS. Assim, as políticas públicas como estratégias de gerenciar os custos relacionados à saúde poderiam propor programas com maior qualidade à população de forma geral. Isto auxiliaria na manutenção da saúde psicológica do paciente e familiar, que são complexas e pouco assistidas pelas políticas públicas.

É importante que os profissionais da saúde e todos os seus atores possam participar ativamente na influência da definição de condutas em relação ao doente renal crônico em diálise por meio de estudos e pesquisas, e também pela atuação prática. Traçar o panorama do acesso ao cuidado integral do paciente portador de DRC, com os médicos da Atenção Primária à Saúde e a implementação do dispositivo de Apoio Matricial, incluindo o nefrologista, poderia ser um passo à frente.

Focar na lógica do cuidado centrado no paciente, bem como na reorientação das instituições formadoras dos profissionais de saúde com condutas menos reducionistas no ato de cuidar, traria a possibilidade de diminuir o sofrimento de muitas pessoas.

Este trabalho apresentou algumas limitações como o número de pacientes, reduzindo a comparação com outros estudos. No entanto, sua relevância em relação aos pacientes renais crônicos em diálise, vistos não somente pelo olhar da Medicina, mas também da Psicologia, em um universo restrito de pesquisas, pode ser a semente para

outros projetos a fim de minimizarem a dor pela qual tantos pacientes estão expostos diante da doença e tratamento.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, S. S et al. Estudo descritivo sobre a prática da diálise peritoneal em domicílio. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 32, n. 1, p. 45-50, 2010.

BAPTISTA, M. N. Escala Baptista de Depressão (Versão Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB. *Programa de Pós-Graduação Stricto-Senso em Psicologia da Universidade de São Francisco/Itatiba/SP*, 2011.

\_\_\_\_\_. *Escala Baptista de Depressão: versão adulto: EBADEP-A: livro de instruções*. 1. Ed. São Paulo: Vetor, 2012.

\_\_\_\_\_. Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudo Componential em duas Configurações. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 27, n. 3, p. 496-509, 2007.

\_\_\_\_\_. *Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)*. Vol. 1. São Paulo: Vetor, 2009.

BAPTISTA, M. N; ALVES, G. A. S; SANTOS, T. M. M. Suporte Familiar, Auto-Eficácia e Locus de Controle Evidências de Validade entre os Construtos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 28, n. 2, p. 260-271, 2008.

BARRETO, S. M; FIGUEIREDO, R. C. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Revista de Saúde Pública*, n.43, supl. 2, p. 38-47, 2009.

BASTOS, M. G; BREGMAN, R; KIRSZTAJN, G. M. Doença Renal Crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTOS DA CID 10: *Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CLEMENTE, E. P et al. Análises de la influencia de los factores psicológicos em la elección de diálisis peritoneal. *Revista Nefrologia (Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrologia)*, v. 30, n. 2, p. 195-201, 2010.

CONDÉ, S. A. L et al. Declínio cognitivo, depressão e qualidade de vida em pacientes de diferentes estágios da doença renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 32, n. 3, p. 242-248, 2010.

COSTA, F. G. et al. Rastreamento da Depressão no Contexto da Insuficiência Renal Crônica. *Temas em Psicologia*, v. 22, n. 2, p. 445-455, 2014.

FERNANDES, N. M. S. Geografia da diálise peritoneal no Brasil: análise de uma coorte de 5.819 pacientes (BRAZPD). *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 32, n. 3, p. 268-274, 2010.

FINGER, G. et al. Sintomas depressivos e suas características em pacientes submetidos a hemodiálise. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS)*, v. 55, n. 4, p. 333-338, out-dez, 2011.

GARCIA, T. W. et al. Depressed mood and poor quality of life in male patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, n. 4, p. 369-374, 2010.

GARCIA, G. G; HARDEN, P; CHAPMAN, J. O papel global do transplante renal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 34, n. 1, p. 1-7, 2012.

GARCIA-LLANA, H. et al. El papel de la depresión, la ansiedad, el estrés y la adhesión al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud em pacientes en diálisis: revisión sistemática de la literatura. *Revista Nefrología*, v. 34, n. 5, p. 637-657, 2014.

KDIGO 2012, Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, v. 3, p. 1-150, 2013.

KIRSZTAJN, G. M. et al. Fast reading of the KDIGO 2012: guidelines for evaluation and management of chronic kidney disease in clinical practice. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 36, n. 1, p. 63-73, 2014.

LIPP, M. E. N. O modelo quadrifásico do stress. In: LIPP, M. E. N. et al. *Mecanismos Neuropsicológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LIPP, M. E. N. *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp* (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LUCCHETTI, G; ALMEIDA, L. G. C; GRANERO, A. L. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 32, n.1, p. 128-132, 2010.

LUGON, J. R. Doença Renal Crônica no Brasil: um problema de saúde pública. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 31 (Supl 1), p. 2-5, 2009.

MADEIRO, A. C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento hemodialítico. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 4, p. 546-551, 2010.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM V (American Psychiatric Association). Porto Alegre: Artmed: 2014.

MATTA, S. M. et al. Alterações cognitivas na doença renal crônica: uma atualização. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 36, n. 2, p. 241-245, 2014.

NIFA, S; RUDNICKI, T. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v. 13, n. 1, p. 64-75, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Depression. Acesso em 09 de fevereiro de 2016, em <http://www.who.int/topics/depression/es/>.

QUADRADO, A; RUDNICKI, T. Adesão terapêutica e a doença crônica não transmissível. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v. 12, n. 2, p. 12-22, 2009.

RAMOS, E. C. et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 37, n. 3, p. 297-305, 2015.

REIS, L. A. et al. Avaliação do suporte familiar em idosos residentes em domicílio. *Avaliação Psicológica*, v. 10, n.2, p. 107-115, 2011.

ROCHA, P. N. et al. Motivo de “escolha” de diálise peritoneal: exaustão de acesso vascular para hemodiálise? *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 32, n. 1, p. 23-28, 2010.

RUDNICKI, T. Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. *Estudos de Psicologia*, v. 24, n. 3, p.343-351, 2007.

SANTOS, F. K. Vivendo entre o pesadelo e o despertar – o primeiro momento no enfrentamento da diálise peritoneal. *Escola Ana Nery*, v. 15, n. 1, p. 39-46, 2011.

SANTOS, R. S. Depression and quality of life of hemodialysis patients living in a poor region of Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 33, n. 4, p. 332-337, 2011.

SELYE, H. *The Stress of Life*. NY: McGraw-Hill, 1956.

SESSO, R. C. et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise Crônica 2012. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v.36, n.1, p. 48-53, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA on-line. Disponível em: <  
<http://www.sbn.org.br/>> Acesso em: 29 de setembro 2015.

SOUZA, M. S.; BAPTISTA, M. N. Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicologia Argumento*, v. 54, n. 26, p. 207-215, 2008.

VALCANTI, C. C et al. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 4, p. 838-845, 2012.

VALLE, L. S.; SOUZA, V. F.; RIBEIRO, A. M. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estudos de Psicologia*, v. 30, n. 1, p. 131-138, 2013.

## ANEXO A – Plataforma Brasil

"FACULDADE DE CIÊNCIAS  
CAMPUS DE BAURU/ UNESP -  
"JÚLIO DE MESQUITA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Estresse, depressão e suporte familiar em pacientes em diálise peritoneal e hemodiálise

**Pesquisador:** Sandra Leal Calais

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 33737814.9.0000.5398

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 800.510

**Data da Relatoria:** 04/09/2014

#### Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta clareza na definição dos itens principais: questão/problema, objetivos, desenvolvimento com descrição da coleta e análise dos dados a partir de indicadores adequados à pesquisa e ao referencial teórico.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é: avaliar pacientes que realizam hemodiálise ambulatorial e diálise peritoneal domiciliar quanto a presença de estresse, depressão e a percepção em relação ao suporte familiar.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos aos participantes, os benefícios virão com os resultados da pesquisa e suas aplicações.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa submetida ao Comitê de Ética investiga temáticas importantes e necessária para a saúde pública tais como o estresse, a depressão, o suporte familiar, a doença renal crônica e a terapia renal substitutiva.

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

O termo de consentimento livre e esclarecido atende aos objetivos propostos para que os sujeitos

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrigo Coube, nº 14-01  
Bairro: CEP: 17.033-360  
UF: SP Município: BAURU  
Telefone: (143)103-6087 Fax: (143)103-6087 E-mail: arimaia@fc.unesp.br

"FACULDADE DE CIÊNCIAS  
CAMPUS DE BAURU/ UNESP -  
"JÚLIO DE MESQUITA



Continuação do Parecer: 800.510

participantes, neste caso 100 pacientes renais - sendo dois grupos, 50 pacientes que realizam HD ambulatorial e 50 pacientes em DP domiciliar. A metodologia apresenta os procedimentos e instrumentos de coleta e de análise dos dados - Questionário Sociodemográfico, Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e Escala Baptista de Depressão Hosp-Amb (EBADEP-Hosp-Amb). A análise dos dados será realizada pelo Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS). Os resultados poderão apresentar indicativos para o apoio ao grupo estudado - doentes renais.

**Recomendações:**

Não há.

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

Não há.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto tem boa fundamentação teórica e metodológica e encontra-se em acordo com os parâmetros éticos estabelecidos pela resolução 466/12. Os cuidados necessários com a segurança dos participantes foram previstos no projeto e sua realização é viável e segura.

BAURU, 22 de Setembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Ari Fernando Maia**  
**(Coordenador)**

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01  
Bairro: CEP: 17.033-360  
UF: SP Município: BAURU  
Telefone: (143)103-6087 Fax: (143)103-6087 E-mail: arimaia@fc.unesp.br



## ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Estresse, depressão e suporte familiar em pacientes em diálise peritoneal e hemodiálise

Essa pesquisa faz parte do meu mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da UNESP, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sandra Leal Calais. Seu objetivo é avaliar pacientes que realizam hemodiálise ambulatorial e diálise peritoneal domiciliar quanto à presença de estresse, depressão e a percepção em relação ao suporte familiar.

Nesse sentido, venho convidá-lo a participar. É dada a garantia quanto ao sigilo e a confidencialidade de seu nome bem como das informações declaradas. Serão aplicados inventários que tomarão cerca de 45 minutos de seu tempo.

Não há despesas ou compensação financeira em qualquer fase do estudo. Fica claro que o entrevistado poderá a qualquer momento retirar seu Consentimento Livre e Esclarecido e deixar de participar da pesquisa. Também não haverá nenhum prejuízo em seu atendimento na instituição.

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ declaro meu livre consentimento em participar da pesquisa. Permito a utilização dos dados, preservando minha identidade, para fins de estudo e pesquisa. Foram a mim esclarecidos os objetivos do estudo e a garantia do sigilo e de esclarecimentos. Ficou claro que minha participação é isenta de despesas e ressarcimento. Desta forma, concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa sem quaisquer danos.

\_\_\_\_\_

Entrevistado

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sandra Leal Calais; email: [scalais@fc.unesp.br](mailto:scalais@fc.unesp.br); fone (14) 3103-6090

Andreia Barbosa de Lima; email: [adelima.heb@famesp.org.br](mailto:adelima.heb@famesp.org.br); fone: (14) 3103-7777  
r. 3516

**ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E DADOS  
SOCIODEMOGRÁFICOS**

Iniciais: \_\_\_\_\_ Sexo: Masc. (  ) Fem. (  )

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

Estado civil: (  ) Casado/Amasiado/União Estável (  ) Solteiro (  ) Separado (  )

Viúvo (  ) Outro: \_\_\_\_\_

Número de filhos: (  ) Um (  ) Dois (  ) Três (  ) Quatro (  ) Mais que quatro

Escolaridade:

(  ) Analfabeto/ Ensino Fundamental Incompleto

(  ) Ensino Fundamental Completo/ Ensino Médio Incompleto

(  ) Ensino Médio Completo/ Ensino Superior Incompleto

(  ) Ensino Superior Completo/ Especialização/ Mestrado/Doutorado

Trabalho: (  ) aposentado (  ) afastado por doença (  ) autônomo (  ) do lar (  )  
não trabalhando

Profissão: \_\_\_\_\_

Renda mensal:

(  ) 1 salário mínimo

(  ) 2 salários mínimos

(  ) 3 a 4 salários mínimos

(  ) 5 a 6 salários mínimos

(  ) 7 salários mínimos ou mais

Religião: Católico (  ) Evangélico (  ) Espírita (  ) Outra (  ) Não possui (  )

Praticante: sim (  ) não (  )

Tempo em Terapia Renal Substitutiva: \_\_\_\_\_

Local em que realiza tratamento: \_\_\_\_\_