

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA

JOICE MARQUES PALLONE

**NÍVEL DE SOLIDÃO E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM PACIENTES COM
DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

SÃO CARLOS – SP

2021

JOICE MARQUES PALLONE

**NÍVEL DE SOLIDÃO E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM PACIENTES COM
DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso no formato de artigo científico apresentado ao Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção de título de Bacharel em Gerontologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr.^ª Fabiana de Souza Orlandi

SÃO CARLOS – SP

2021

AGRADECIMENTOS

A minha avó, Dona Helena com seus 91 anos, que sempre esteve preocupada comigo por morar sozinha, que me ensina a importância de me tornar uma mulher independente, forte e determinada a cada dia. Aos meus avôs, Wilfredo Marques, Arnaldo Pallone e a Dona Therezinha, que hoje já não estão presentes, mas que estão em minha memória eternamente.

Aos meus pais, “mamis” Wilfrelena Marques e “papis” Ivan Pallone, amores da minha vida. Àqueles que me deram a segunda chance de viver. Com todo carinho, amor e cuidado, proporcionaram a minha melhor infância e hoje, me ensinam a amadurecer e crescer de forma independente, sabendo que para quaisquer dificuldades eles estarão ali.

A minha irmã, “sis” Beatriz Marques Pallone, obrigada! Obrigada por me ouvir, por me ensinar, me cuidar. Nossas tantas risadas, momentos e discussões fazem com que nossa irmandade e amizade sejam intensas. Bia, somos luz e alegria juntas e distantes.

A todos meus familiares que acompanharam minha saga do cursinho e da graduação, aos meus amigos que me ouviram reclamar dos tempos difíceis na universidade, e um agradecimento especial ao meu amor, meu companheiro, Pedro de Araújo Queiroz, obrigada por tanto.

Com lágrimas nos olhos, agradeço por fim, a minha querida Co-orientadora, Diana Gabriela Mendes dos Santos. O que eu seria sem você, mulher. Guiou minha carreira acadêmica desde o início e com muita dedicação, obrigada do fundo do meu coração.

Professora, Fabiana de Souza Orlandi, obrigada por toda orientação e aprendizado durante esses quatro anos.

RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) é considerada um problema de saúde pública mundial e apresenta alta taxa de morbimortalidade. A doença expõe os pacientes a uma série de adaptações em sua vida e de seus familiares, que envolvem os aspectos socioeconômicos, físicos e psicológicos. O afastamento do ambiente escolar, ou de trabalho caracteriza a doença também como um problema social e dessa forma, o suporte social e a funcionalidade familiar impulsionam o bem-estar e a saúde dos pacientes a partir da frequência ou quantidade de relações sociais, desempenhando funções importantes de natureza afetiva, educativa e de socialização do indivíduo. A possível ausência dessa rede de apoio, junto à dependência na realização de atividades de vida diária, predispõe possíveis desfechos negativos, como a solidão e os sintomas depressivos durante o período do tratamento hemodialítico. **Objetivo:** Verificar o nível de solidão e a sua relação com as condições socioeconômicas e de saúde, apoio social, funcionalidade familiar e sintomas depressivos em doentes submetidos a hemodiálise. **Método:** Consiste na análise de dados secundários, com uma investigação transversal primária, correlacionada com uma abordagem quantitativa, realizada em 2019, com 80 pacientes com CKD em hemodiálise. Instrumentos aplicados: caracterização sócio-demográfica, econômica e do estado de saúde, Escala de Solidão da UCLA, Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study, Patient Health Questionnaire (PHQ-9) e o APGAR da Família. **Resultados:** Prevalência feminina (55%), etnia branca (65%) e idade média de 59,63 anos. Na percepção da solidão, o índice mais elevado foi (55%), moderadamente elevado. O apoio social teve a pior pontuação no domínio da interação social positiva, média 74,31. Na depressão, mostrou prevalência de depressão grave (28,7%). O funcionamento familiar mostrou boa pontuação (68,8%). Houve uma fraca correlação negativa entre a solidão e todos os domínios do Apoio Social, para além do Funcionamento da Família.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica, Hemodiálise, Solidão, Depressão.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is considered a worldwide public health problem and has a high morbidity and mortality rate. The disease exposes patients to a series of adjustments in their lives and their families, involving socioeconomic, physical, and psychological aspects. The absence from the school or work environment also characterizes the disease as a social problem, and in this way, social support and family functionality boost the well-being and health of patients based on the frequency or quantity of social relationships, performing important functions of an affective, educational, and socialization nature for the individual. The possible absence of this support network, along with dependence in performing activities of daily living, predisposes to possible negative outcomes, such as loneliness and depressive symptoms during the period of hemodialysis treatment. **Objective:** Verify the level of loneliness and its relationship with socioeconomic and health conditions, social support, family functionality and depressive symptoms in patients undergoing hemodialysis. **Method:** Analysis of secondary data, with a primary cross-sectional investigation, correlational with a quantitative approach, carried out in 2019, with 80 patients with CKD on hemodialysis. Applied instruments: socio-demographic, economic and health condition characterization, UCLA Loneliness Scale, Medical Outcomes Study Social Support Scale, Patient Health Questionnaire 9 and the Family APGAR. **Results:** Showed female prevalence (55%), white ethnicity (65%) and mean age 59,63years. In the perception of loneliness, the highest index was (55%), moderately high. Social support scored worst in the Positive Social Interaction domain, mean 74.31. In depression, showed prevalence of severe depression (28.7%). Family functioning showed good score (68.8%). There was a weak negative correlation between loneliness and all domains of Social Support, besides Family Functioning.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Hemodialysis, Loneliness, Depression.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Estatística descritiva das variáveis contínuas de caracterização sociodemográfica, econômica e de condição de saúde. São Carlos, SP, Brasil. 2019. (n=80)

Tabela 2 - Distribuição da porcentagem de variáveis categóricas das características sociodemográficas, econômicas e de condições da saúde. São Carlos, SP, Brasil. 2019. (n=80).

Tabela 3 - Porcentagem dos níveis de solidão avaliados pelo instrumento UCLA, porcentagem dos níveis de depressão avaliados pelo instrumento PHQ-9 e da porcentagem de funcionalidade familiar pelo instrumento APGAR. São Carlos, SP, Brasil. 2019. (n=80).

Tabela 4 - Distribuição da porcentagem de apoio social avaliado pelo instrumento MOS, São Carlos, SP, Brasil. 2019. (n=80).

LISTA DE SIGLAS

DRC - Doença Renal Crônica

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

FFR – Falência Funcional Renal

TRS – Terapia Renal Substitutiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS	10
3. MÉTODO	10
4. RESULTADOS	13
5. DISCUSSÃO	16
6. CONCLUSÕES	17
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

1. INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é considerada um problema de saúde pública. Ela caracteriza-se pelo aparecimento de anormalidades na estrutura e/ou função dos rins, presentes por mais de três meses e nos estágios iniciais a doença é assintomática. Destaca-se negativamente por ser irreversível e de grande impacto social para os indivíduos acometidos (KDIGO, 2012; SCHREMPFT et al., 2019).

O diagnóstico é feito principalmente pela análise da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) em que valores inferiores a 15 L/min/1,73m² estabelecem a falência funcional renal (FFR) e por exame de urina que apresenta alteração na taxa de albumina (KIS, 2013; PORTO et al., 2017).

A terapia renal substitutiva (TRS) pode ser realizada pelo tratamento Conservador, pela Diálise que se subdivide em hemodiálise e diálise peritoneal, e por meio do Transplante Renal.

O método Conservador tem caráter preventivo e visa a não complicação e piora da função renal, por meio da mudança no estilo de vida (KIS, 2013). A Hemodiálise é realizada de forma extracorpórea em que as toxinas do corpo são extraídas por uma máquina e na Diálise Peritoneal, o processo de filtração é interno com auxílio de um filtro natural (peritônio). No Transplante Renal um enxerto renal é colocado no abdome inferior do paciente não sendo obrigatoriamente necessária a retirada do órgão (ROCHA et al., 2020; SBN, 2021).

Destaca-se o tratamento hemodialítico, que é realizado de três a quatro vezes por semana, pelo período de três a cinco horas, além de todo acompanhamento multidisciplinar e adaptação nutricional que o paciente enfrenta (SANTOS et al., 2017). Devido ao tratamento longo e diário os pacientes passam por necessárias adaptações de vida, enfrentando restrições físicas, mudanças de hábitos e isolamento social (HARAMBAT et al., 2016).

Avaliando o envelhecimento ativo e saudável que envolve o aspecto biopsicossocial de cada indivíduo em tratamento hemodialítico, o suporte social tem sido apresentado como fator de contribuição para o enfrentamento das consequências físicas, biológicas e psicológicas pelos pacientes em seu novo cotidiano (MORAES et al., 2007).

Um estudo recente desenvolvido por O'Hare et al., 2018, descreve o impacto emocional, social e de saúde que os pacientes com DRC enfrentam para dar sentido à sua luta diária contra os sentimentos de abandono, isolamento e alienação devido ao afastamento do convívio social anteriormente vivido e mudança na rotina diária. Esses sentimentos afetam diretamente a

qualidade de vida dos pacientes e ressaltam a importância de um bom acompanhamento social, a necessidade de um bom serviço hospitalar e maior atenção da equipe de saúde para resultar numa melhora das condições de saúde. Junto as questões sociodemográficas, econômicas e de saúde, esses pacientes apresentam possíveis desfechos negativos, como a solidão e depressão.

A solidão é definida como “sentimento subjetivo de insatisfação com os relacionamentos sociais” (GALE et al., 2018). A avaliação da solidão está para além dos aspectos objetivos da saúde física, incorpora aspectos subjetivos da percepção do indivíduo, e seus sintomas podem propiciar um declínio mental e estar ligado a quadros depressivos, consumo de substâncias ilícitas e também, de tentativas de suicídio (CARMONA et al., 2014).

Outro desfecho negativo bastante relevante e prevalente nos pacientes com DRC, são os sintomas depressivos, que está associado ao reconhecimento da gravidade da doença dada pelo diagnóstico, ao estresse do tratamento contínuo e suas consequências trazidas, do efeito dos medicamentos, dos novos limites na dieta alimentar, e o declínio da capacidade funcional do indivíduo (COSTA et al., 2016; TSUTSUMIMOTO et al., 2018).

Um estudo de, Shi, L et al., 2020, apresentou que a boa interação social e a solidão mínima estão associadas a emoções positivas, enquanto, menos apoio social e maior solidão estão associados ao autocuidado insuficiente e a interação social reduzida. Dessa forma o estudo do impacto da solidão e fatores associados na vida de pacientes em hemodiálise torna-se essencial para o não desenvolvimento e a não mortalidade da DRC.

2. OBJETIVOS

Pretendeu-se verificar o nível de solidão e sua associação com as condições socioeconômicas e de saúde, suporte social, funcionalidade familiar e sintomas depressivos nos pacientes em tratamento hemodialítico.

Almejou-se também, conhecer o perfil sociodemográfico, econômico e de condição de saúde de pacientes com DRC em tratamento hemodialítico, conhecer os níveis de solidão, o suporte social, a funcionalidade familiar e os níveis de depressão de pacientes com DRC em tratamento hemodialítico e por fim, verificar os fatores associados à solidão dos pacientes com DRC em hemodiálise.

3. MÉTODO

O estudo consistiu numa análise de dados secundários, sendo a investigação transversal primária, correlacional com abordagem quantitativa, realizada em 2019, com 80 pacientes com

DRC em hemodiálise. A população total foi de 180 pacientes, em que 150 se encaixavam nos critérios de elegibilidade da pesquisa, dessa forma o convite foi realizado, tendo o total final de 80 participantes.

Como critério de elegibilidade do estudo o paciente precisava ter no mínimo 18 anos, apresentar diagnóstico médico de DRC e estar realizando o tratamento hemodialítico. Como critério de exclusão deveria apresentar quadro demencial verificado em prontuário e menores de 18 anos e não apresentar outros tipos de tratamento, como por exemplo a diálise peritoneal.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar nº 3.535.236, foi respeitado. Nas sessões de hemodiálise, iniciou-se as avaliações através dos instrumentos de Caracterização Sociodemográfica, Econômica e de Condição de Saúde, *UCLA Loneliness Scale (version 3)*, Escala de Apoio Social do *Medical Outcomes Study (MOS)*, *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)* e o APGAR de Família.

Neste projeto, o banco de dados foi codificado e organizado em banco de dados com dupla entrada e comparação dos valores, utilizando-se o programa Microsoft Excel® versão 2013. O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o apoio do software SPSS, versão 22.0. Foram realizadas análises de dados secundários descritivas, com confecção de tabelas, incluindo-se dados de tendência central (média, mínima e máxima) e medidas de dispersão (desvio padrão).

O Instrumento de Caracterização Sociodemográfica, Econômica e de Condição de Saúde, avalia a Caracterização Sociodemográfica e Econômica pelo sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, renda e moradia; a Condição de Saúde inclui morbidades associadas, tempo de tratamento, acesso vascular, uso de medicamentos e capacidade funcional.

A *UCLA – Loneliness Scale* foi desenvolvida por Russel (1996) e validada no Brasil com idosos brasileiros por Kuznier e colaboradores, em 2016. A escala avalia sentimentos subjetivos de solidão, e este estudo adotou sua versão mais recente (versão 3). É composto por 20 itens (nove escritos positivamente e 11 formulados negativamente) e sua pontuação pode variar entre 20 e 80 pontos e quanto maior a pontuação, maior o grau de solidão. O autor da escala atribuiu a pontuação de 50 a 59 com um nível moderadamente alto de solidão e 60 ou mais como indicativo de altos níveis de solidão. O autor da escala atribuiu a pontuação de 50 a 59 com um nível moderadamente elevado de solidão e de 60 ou mais como indicativo de níveis elevados de solidão.

A Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS), desenvolvida por Shernoure e Stewart em 1991 e foi validada no Brasil em 2001 por Andrade. Seu objetivo é avaliar o apoio social. É composto por 19 itens que se subdividem em cinco dimensões do apoio social, a saber: material (quatro questões - disponibilização de recursos práticos e ajuda material); afetiva (três questões - demonstrações físicas de amor e carinho); emocional (quatro questões - expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança); informação (quatro questões - disponibilidade de pessoas para obter conselhos ou orientação) e interação social positiva (quatro questões - disponibilidade de pessoas para se divertir ou relaxar). Para cada item existem cinco opções de resposta que devem ser indicadas pela pessoa como as mais adequadas, são elas: nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre (ANDRADE, 2001). A pontuação desse instrumento é obtida por meio de pontuações para cada domínio variando de 20 a 100 pontos, sendo que quanto mais próximo de 100, maior o nível de suporte social. Em cada dimensão, são somados os escores correspondentes à resposta atribuída: nunca (1), raramente (2), às vezes (3), quase sempre (4) e sempre (5). Apenas para a dimensão Apoio Social Afetivo, a pontuação obtida deve ser dividida por 15 e, a seguir, multiplicada por 100 (SHERBOURNE e STEWART, 1991).

O *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) foi validado por Kroenke, Spitzer e Williams em 2001 e adaptado no Brasil, por Santos et al., em 2013. É um instrumento com nove questões baseadas nos critérios para diagnóstico clínicos para episódios depressivos DSM-IV, que corresponde ao módulo de avaliação para transtornos depressivos do *Patient Health Questionnaire* (PHQ). Os sintomas avaliados são: humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, alteração no apetite ou no peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sensação de lentidão ou pensamentos inquietos e suicidas. A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala Likert de 0 a 3 correspondendo às respostas "nenhum dia", "menos de uma semana", "mais de uma semana" e "quase todos os dias", respectivamente. O questionário também inclui uma décima questão que avalia a interferência desses sintomas no desempenho das atividades diárias, como trabalhar e estudar. A pontuação final é 5 para depressão leve, 10 para moderada, 15 para moderadamente grave e 20 ou mais para grave.

Por fim, utilizou-se o APGAR de Família que verifica a existência da disfunção familiar, avaliando a satisfação com a dinâmica de funcionamento familiar. Foi criado por Smilkstein em 1978 e adaptado para o português por Duarte, em 2001. O instrumento é composto por cinco questões com quatro opções de resposta, que são nunca (0 pontos), raramente (1 ponto), às

vezes (2 pontos), quase sempre (3 pontos) e sempre (4 pontos). A pontuação total da pontuação é de 1-8 pontos (alta disfunção familiar), 9-12 pontos (disfunção familiar moderada) e 13-20 pontos (bom funcionamento familiar).

4. RESULTADOS

Para verificar a relação entre as variáveis contínuas foram calculados os coeficientes de correlação de Spearman (não paramétrico). No presente estudo, a magnitude das correlações foi classificada conforme proposição de Levin e Fox (2004): fraca (<0,3); moderada (0,3 a 0,59); forte (0-6 a 0,9) e perfeita (1,0).

Observa-se na tabela 1 que a idade média dos participantes foi de 59,63 ($\pm 15,14$) anos, a escolaridade teve média de 6,66 ($\pm 3,91$) anos, a renda média per capita não excedeu o salário mínimo ($\pm 666,45$) em reais. A média em tempo de hemodiálise foi igual a 4,53 ($\pm 5,69$) anos e o número de medicamentos ingeridos diariamente foi igual a 6,34 ($\pm 5,14$) - Tabela 1.

Tabela 1. Estatística descritiva das variáveis contínuas de caracterização sociodemográfica, econômica e de condição de saúde. São Carlos, SP, Brasil. 2019. (n=80).

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade*	59,63	15,14	63,50	27,00	85,00
Escolaridade	6,66	3,91	7,00	0	16,00
Renda per capita**	959,42	666,45	954,00	190,80	5000,00
Tempo de Hemodiálise	4,53	5,69	2,85	0	27,00
Número de Medicamentos	6,34	5,14	5,00	1,00	30,00

*Em anos; **Em reais.

Na tabela 2 observa-se o predomínio do sexo feminino (55%), etnia branca (65%), com parceiro (a) fixo (a) (65%) e aposentado (71,3%). A religião prevalente foi a Católica (62,5%), sendo a maioria praticante (67,5%). Dos entrevistados, 30 (37,5%) relataram ter diabetes, 45 (56,3%) eram hipertensos e 8 (10%) possuíam outras doenças associadas à DRC. Além disso, a percepção do estado de saúde mais prevalente foi regular (n=80; 52,5%).

Tabela 2. Distribuição da porcentagem de variáveis categóricas das características sociodemográficas, econômicas e de condições da saúde. São Carlos, SP, Brasil. 2019. (n=80).

Variáveis	Categorias	n	%
-----------	------------	---	---

Sexo	Feminino	44	55,0
	Masculino	36	45,0
Etnia	Branco (a)	52	65,0
	Negro (a)	20	25,0
	Pardo (a)	7	8,8
	Amarelo (a)	1	1,3
Situação Conjugal	Com Parceiro (a) Fixo (a)	52	65,0
	Sem Parceiro (a) Fixo (a)	28	35,0
Ocupação	Aposentado	57	71,3
	Afastado	10	12,5
	Dona de Casa	10	12,5
	Outra	3	3,8
Religião	Católico (a)	50	62,5
	Evangélico (a)	23	28,7
	Umbanda	2	2,5
	Não sabe	2	2,5
	Congregação	1	1,3
	Adventista	1	1,3
	Não possui	1	1,3
Praticante	Sim	54	67,5
	Não	26	32,5
Convênio Médico	SUS*	61	76,3
	Plano de Saúde	16	20,0
	Particular	3	3,8
Tipo de Acesso Venoso	FAV**	70	87,5
	CDL***	10	12,5
Doenças Associadas	Hipertensão Arterial	45	56,3
	Diabetes	30	37,5
	Outras	8	10,0
Realizou Transplante	Sim	6	7,5
	Não	74	92,5
Tem Interesse Em Realizar	Sim	41	51,2
	Não	38	47,5

	Não sabe	1	1,3
	Muito boa	2	2,5
	Boa	26	32,5
Estado de Saúde	Regular	42	52,5
	Ruim	8	10,0
	Muito ruim	2	2,5

*Sistema Único de Saúde;

**Fístula Arteriovenosa;

***Cateteres Duplo-Lúmen.

Para os níveis de solidão, notou-se predomínio de respondentes com moderado nível de solidão (n=44; 55%), com baixo nível de solidão há (n=19; 23,8%) e elevado nível de solidão (n=17; 21,3%). A depressão, avaliada por meio do instrumento PHQ-9, apresentou 83,7% com sintomas depressivos, classificados de acordo com a sugestão do instrumento aplicado em 4 níveis (leve, moderada, moderadamente severa e grave). Na avaliação da Funcionalidade Familiar, realizada pelo instrumento APGAR de Família, identificou-se que a maioria dos participantes possuem boa funcionalidade familiar (n=55; 68,8%) – Tabela 3.

Tabela 3. Porcentagem dos níveis de solidão avaliados pelo instrumento UCLA, porcentagem dos níveis de depressão avaliados pelo instrumento PHQ-9 e da porcentagem de funcionalidade familiar pelo instrumento APGAR. São Carlos, SP, Brasil. 2019. (n=80).

Instrumento	Classificação	n	%
UCLA*	Baixo Nível de Solidão	19	23,8
	Nível Moderado de Solidão	44	55,0
	Nível Elevado de Solidão	17	21,3
PHQ-9**	Sem Depressão	13	16,3
	Depressão Leve	18	22,5
	Depressão Moderada	10	12,5
	Depressão Moderadamente Severa	16	20,0
	Depressão Grave	23	28,7
APGAR De Família***	Elevada Disfunção	13	16,3
	Moderada Disfunção	12	15,0
	Boa Funcionalidade	55	68,8

*Ucla Loneliness Scale;

**Patient Health Questionnaire-9;

***Apgar de Família.

O apoio social foi avaliado através da Escala de Suporte Social de MOS, tendo como pior resultado no domínio Interação Social Positiva (média de 74,31) e o melhor no domínio Apoio Material – Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição da porcentagem de apoio social avaliado pelo instrumento MOS, São Carlos, SP, Brasil. 2019. (n=80).

MOS	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Apoio Material	81,71	24,19	95,00	20	100
Apoio Afetivo	79,92	23,28	93,33	20	100
Apoio Emocional	76,81	25,11	85,00	20	100
Apoio Interação Social Positiva	74,31	26,51	77,50	20	100
Apoio de Informação	76,56	24,10	85,00	20	100

A Solidão, correlacionou-se positivamente de fraca magnitude com as variáveis depressão ($r = 0,275$; $p = 0,013$) e correlação negativa de fraca magnitude com apoio social, no domínio APM ($r = -0,243$; $p = 0,030$), APA ($r = -0,204$; $p = 0,070$); APE ($r = -0,244$; $p = 0,029$), APSIP ($r = -0,276$; $p = 0,013$) todos com significância estatística. – Tabela 5.

Tabela 5. Correlação de Spearman de UCLA com APM, APA, APE, APISP, API e APGAR. São Carlos, SP, Brasil. 2019. (n=80).

	UCLA	PHQ-9	APM	APA	APE	APISP	API	APGAR
UCLA	r	0,275	-0,243	-0,204	-0,244	-0,276	-0,212	-0,202
	p-valor	0,013	0,030	0,070	0,029	0,013	0,060	0,073

5. DISCUSSÃO

Nesta pesquisa foram entrevistados pacientes com doença renal crônica, sendo a idade prevalente de 59,63 anos, sexo feminino, renda per capita média de 959,42 reais, em que outros estudos realizados anteriormente também apresentaram o mesmo índice (BARBOSA et al., 2019; NOGUEIRA et al., 2018).

Toda adaptação que o paciente renal crônico enfrenta após ao diagnóstico e início do tratamento é refletida nos resultados do instrumento que avalia os sintomas subjetivas da solidão, onde houve o predomínio de pacientes com moderado nível de solidão (55%), sendo (23,8%) baixo nível de solidão, seguido de 21,3% dos pacientes com elevado nível de solidão.

Esse número é condizente com toda teoria abordada neste presente estudo e em outros estudos da bibliografia recente (O'HARE et al., 2018 e SHI et al., 2020).

A importância da integração do paciente com a equipe do serviço de nefrologia, tem significância nas teias de relacionamentos sociais que são fundamentais para o seu bem-estar psicológico. Reforçado em outros estudos, a família, juntamente com a equipe de profissionais do serviço podem favorecer com a melhor aceitação dos mesmos em relação à suas novas necessidades e ao incentivo do tratamento (NOGUEIRA et al., 2018; MAIA et al., 2016).

Na avaliação do apoio social, aplicado pela Escada de Suporte Social de MOS, apresentou médias positivas com 81,71% (máxima) no domínio Apoio Material, 79,92% Apoio Afetivo, 76,81% Apoio Emocional e 76,56% e no domínio Interação Social Positiva, com média de 74,31% (mínimo). Neste mesmo eixo, a maioria dos participantes apresentaram Boa Funcionalidade Familiar (n=55; 68,8%). Esses dois dados (apoio social e disfunção familiar) refletem o apoio positivo de seus familiares e se justificam também pela maioria dos participantes (65%) terem parceiro (a) fixo (SILVA et al., 2017).

Estudos recentes demonstram prevalências abrangentes dos sintomas depressivos nos pacientes em tratamento de hemodiálise, cujos índices se situam entre 40 a 100% depressivos (PRETTO et al., 2019). Em relação à depressão, dentre os 80 participantes deste estudo, 83,7% apresentam sintomas depressivos, 12,5% com depressão moderada, 16,3% sem depressão, 20% com depressão moderadamente severa e 28,7% apresentaram depressão grave. A adaptação biopsicossocial utilizada para encontrar novas relações e afazeres são facilitadores dos sintomas depressivos. Os assombros do tratamento hemodialítico desenvolvem desde a descoberta da doença, até o reconhecimento da gravidade da mesma, fortalecendo assim, este possível desfecho negativo – a depressão (PRETTO et al., 2020; COUTINHO et al., 2015).

Pretende-se que com este estudo, o olhar amplo e voltado a qualidade de vida dos pacientes, melhore todo atendimento e auxilie na prevenção e identificação dos problemas mais prevalentes nessas populações, diminuindo assim a incidência dos desfechos negativos.

6. CONCLUSÕES

O escasso número de Serviços de Nefrologia acessíveis dificulta o bem-estar mental, físico e psicológico do paciente, visto que as condições sociodemográficas e clínicas são de alta relevância para o aceite e enfrentamento do tratamento contínuo e irreversível da hemodiálise.

Conclui-se que os pacientes com DRC apresentaram nível de solidão significativo e que os participantes com maior nível de solidão apresentaram mais sintomas depressivos, disfunção familiar e apoio social reduzido.

A limitação do estudo refere-se a seleção da amostra por conveniência, sendo n=80 pacientes com DRC. Possíveis estudos longitudinais com maior amostra na área do nível de solidão e seus fatores associados.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. (5ª Ed.) – Porto Alegre Artmed, 2014.

ANDRADE, A.S.; LIMA, J.S.; INAGAKI, A.D.M.; **Fatores associados à qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise**. *Enferm Foco*. 2021;12(1):20=5.

BARBOSA, S.M.; Ó, M.F.; BEZERRA, J.N.M., et al. **Autoavaliação da saúde de indivíduos com doença renal crônica em terapia dialítica**. *Rev. Enferm UERJ*, 2019; 27:e34084.

BRITO, T. R. P.; PAVARINI, S. C. I. **Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 20(4):[08 telas] jul.-ago.2012.

CARMONA, C. F.; COUTO, V. V.; COMIN, F. S. A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas. *Rev. Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 19, n. 4 p. 681-691, out./dez. 2014.

COSTA, G. M.A.; PINHEIRO, M.B.G.; MEDEIROS, S.C.; OLIVEIRA, C.M.S. **Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico**. *Revista Enfermería Global*, vol. 15 nº 43, 2016.

COUTINHO, M.P.L., COSTA, F.G. **Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica**. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 449-459. Conjunto Castelo Branco. João Pessoa/PB., 2015.

CREWS, D.C.; BELLO, A.K.; SAADI, G. **Editorial do Dia Mundial do Rim 2019 – Impacto, Acesso e Disparidade na Doença Renal**. *Braz. J. Nephrol.* v. 41, n. 1, s/n, p. 1-9. 2019.

FERNANDES, M.I.C.D.; SOARES, C.S.; TINÔCO, J.D.S., et al. **Excesso de volume de líquidos: análise clínica e sociodemográfica em pacientes de hemodiálise**. *REBEn*. 2017;70(1):11-7

FERREIRA E.D.M. **O itinerário terapêutico de pessoas em terapia renal substitutiva com doença de base hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.** [Tese de Mestrado]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2015.

GALE CR, W. L.; COOPER, C. **Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal study of aging.** Oxford journals: Age Ageing, 2018, 47(3): 392–397.

GESUALDO, G.D.; DUARTE, J.G.; ZAZZETA, M.S., et al. **Fragilidade e fatores de risco associados em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise.** Ciência e Saú. Colet., 25 (11):4631-4637,2020.

HARAMBAT, J.; EKULU, P.M. **Inequalities in access to pediatric ESRD care: a global health challenge.** *Pediatr Nephrol.*;v.31, s/n, p.353-8. 2016.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO). **CKD Worg Group.** KDIGO 2012. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Managment of Chronic Kidney Int (Suppl) 2013;3:1-150.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO). **CKD Worg Group.**2013

MAIA, V.H.M., et al. **Análise da sobrevida de pacientes submetidos à hemodiálise em Tubarão/SC, Brasil.** *Rev Bras Pesq Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2017 Sept 24];18(4):76-83.

MALTA, D.C., ANDRADE, S.S.C.; OLIVEIRA, T.P.; et al. **Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025.** *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2019; 22: E190030.

NOGUEIRA, I.L.A.; TINÔCO, J.D.S.; PAIVA, M.M.N., et al. **Sociodemographic and clinical aspects related to the quality of life of hemodialysis patients.** *Rev. Min Enferm*:2018;22:e-1080.

O'HARE, A.M.; RICHARDS, C.; SZARKA, J., et al. **Emotional Impact of Illness and Care on Patients with Advanced Kidney Disease.** *Clin J Am Soc Nephrol.* 2018 Jul 6; 13(7): 1022-1029.

PALMIERL, G.A.; OLLER, G.A.S.A.O.; ELA, L.P., et al. **Sintomatologia ansiosa e depressiva em pacientes em tratamento hemodialítico.** *Rev Enferm UFPE., Recife,* 11(11):4360-8, nov., 2017.

PORTO, J.R.; GOMES, K.B.; FERNANDES, A.P., et al. **Avaliação da função renal na doença renal crônica.** *RBAC.* 2017; 49(1):26-35.

PRETTO, C.R.; ROSA, M.B.C.; DEZORDI, C.M.; **Depressão e pacientes renais crônicos em hemodiálise: fatores associados.** *Rev. Bras Enferm.* 2019;73(Suppl 1):e20190167.

PRETTO, C.R.; WINKELMANN, E.R.; HILDEBRANDT, L.M., et al. **Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise e fatores associados.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 2020;28:e3327

ROCHA, F.L.; GUANILO, M.E.; SILVA, D.M.G., et al. **Relação entre qualidade de vida, autoestima e depressão em pessoas após transplante renal.** REBEn. 2020;73(1):e20180245.

SANTOS, B.P.; OLIVEIRA, V.A.; SOARES, M.C., et al. **Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise.** ABCS Health Sci. 2017; 42(1):8-14.

SCHREMPFT, S.; JACKOWSKA M. **Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women.** BMC Public Health 2019 19:74.

SGNAOLIN, V., PRADO, A.E.L.F. **Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise.** J Bras Nefrol. 2012;32(2):109-16.

SHI, L.; ZHANG, H.; YANG, H.; WU, D., et al. **Social Support and Loneliness Among Chinese Caregivers of Children With Chronic Kidney Disease During the COVID-19 Pabdenuc: A Propensity Score Matching Analysis.** Front Pediatr. 2020; 8: 570535.

SILVA, S. M.; BRAIDO, N. F.; OTTAVIANI, A. C.; et al. **Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2752.

SILVA, S. M.; BRAIDO, N. F.; OTTAVIANI, A. C.; et al. **Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;24:e2752.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Orientações e tratamento para doença renal crônica, especificando a Diálise Peritoneal.** Abril de 2021.

TSUTSUMIMOTO, P.T., Takehiko D.; Makizako H.; et al.; **Frailty has a stronger impact on the onset of depressive symptoms than physical frailty or cognitive impairment: A 4-year follow-up Longitudinal Cohor Study.** The Society for Post-Acute and Long-term care medicine. Section for Health Promotion, 7-430.Morioka-cho, Obu city, 2018, 474-8511, Japan