

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA – PPGGERO**

**BRUNA GIOVANA MODESTO**

**RISCO DE VIOLÊNCIA E SUPORTE SOCIAL  
DE PESSOAS ADULTAS E IDOSAS COM  
DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO  
HEMODIALÍTICO**

**SÃO CARLOS**

**2024**

BRUNA GIOVANA MODESTO

**RISCO DE VIOLÊNCIA E SUPORTE SOCIAL DE PESSOAS ADULTAS E IDOSAS COM  
DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia, da Universidade Federal de São Carlos, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Linha de Pesquisa: Gestão, Tecnologia e Inovação em Gerontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta

SÃO CARLOS

2024

## DEDICATÓRIA

“Aprendi que se depende sempre, de tanta muita diferente gente. Toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas”

(Caminhos do Coração, Pessoa = Pessoas) Gonzaguinha.

Dedico este trabalho a todos que participaram direta e indiretamente de sua construção. À minha querida família, pelo apoio e incentivo de sempre. Em especial, ao meu tio Mauro Oseas Ferreira (*in memoriam*) que muito me ensinou sobre o valor da educação em nossas vidas.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha mãe, Marlene, ao meu pai, Edson, à minha irmã, Bianca, e a toda a minha família pelo apoio e incentivo constantes durante toda a minha jornada de estudos. Sem o suporte de vocês, nada disso seria possível.

À minha querida orientadora, professora Marisa, por ser uma inspiração e pela parceria e pelos aprendizados adquiridos ao longo desse processo, os quais carregarei por onde passar.

À Universidade Federal de São Carlos pelo acolhimento ao longo desse processo, aos professores e aos colegas que tive a oportunidade de conhecer ao longo das disciplinas, em especial à professora Fabiana e à minha colega Luma, pela parceria e contribuição a esta pesquisa.

Agradeço à Clínica Lund e a todos os seus colaboradores, à equipe administrativa, de enfermagem, multiprofissional e médica, pela gentileza em me receber e acolher durante o período de coleta.

Aos participantes desta pesquisa, que gentilmente compartilharam suas histórias de vida comigo, foi um privilégio ouvi-los, tal experiência me modificou profundamente.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo fomento a esta pesquisa.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

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

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Bruna Giovana Modesto, realizada em 07/08/2024.

**Comissão Julgadora:**

Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta (UFSCar)

Profa. Dra. Maria Cristina Di Lollo (UFSCar)

Profa. Dra. Ana Laura Costa Menezes (UECE)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

## RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma condição clínica que envolve a perda progressiva e irreversível da função renal, essa pode se apresentar como fator de risco para o desenvolvimento precoce de fragilidade e gerar profundas necessidades de cuidados. A dependência em relação a cuidadores, associadas a comorbidades em saúde têm sido apontadas como indicadores para uma maior exposição ao abuso, negligência e violência. O objetivo deste estudo foi verificar o risco de violência em pessoas com DRC em tratamento hemodialítico e qual sua relação com o apoio social, a composição familiar, a depressão, a fragilidade e funcionalidade. Trata-se de um estudo de métodos mistos concomitante, que foi realizado com idosos e adultos vinculados a uma Unidade de Terapia Renal Substitutiva (UTRS) localizada em um município do interior do Estado de São Paulo. Para a coleta dos dados foram aplicados concomitantemente instrumentos qualitativos e quantitativos, sendo eles: Entrevista semi-estruturada, Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS), Genograma e ecomapa, Índice de Katz e Lawton, Vulnerability Abuse Screening Scale (VASS), Tilburg Frailty Indicator (TFI). A amostra de conveniência contou com 89 participantes de 40 e mais anos, com mais de seis meses de tratamento e com capacidade de compreensão e comunicação, de acordo com o resultado indicado pelo Mini-Exame do Estado Mental. Dos participantes, em sua maioria mulheres sendo 46 (51%) e 43 (48%) do sexo masculino, com média de 62 anos de idade, oscilando entre 41 e 85 anos. As mulheres indicaram sofrer violência em maior número que os homens. Em relação à escolaridade observou-se maior frequência de risco e violência efetivada em pessoas com 5 anos ou mais de escolaridade. Observou-se que a violência é mais frequente entre adultos de 40 a 59 anos e idosos de 60 a 69 anos, comparados a idosos mais velhos. A análise estatística revelou que a depressão, a funcionalidade em atividades instrumentais da vida diária, a fragilidade e o suporte social apresentaram relações significativas com o risco de violência. Na análise multivariada, utilizando o critério *forward*, as variáveis depressão, fragilidade e sexo foram significativamente associadas ao risco de violência. Pacientes com depressão moderadamente grave têm 5,8 vezes mais chance de sofrer violência (OR = 5,847; p = 0,049), enquanto os frágeis têm 6,5 vezes mais chance (OR = 6,525; p = 0,017) de serem vítimas de violência comparados aos não frágeis. O presente estudo contribui para novas frentes de trabalho voltadas à longevidade e questões biopsicossociais.

**Palavras-Chave:** doença renal crônica, hemodiálise, violência, pessoa idosa, suporte social.

## ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is a clinical condition that involves the progressive and irreversible loss of kidney function. This can be a risk factor for the early development of frailty and generate profound care needs. Dependence on caregivers, associated with health comorbidities, have been pointed out as indicators of greater exposure to abuse, neglect, and violence. The objective of this study was to verify the risk of violence in people with CKD undergoing hemodialysis and its relationship with social support, family composition, depression, frailty, and functionality. This is a concomitant mixed-methods study, which was carried out with elderly and adults linked to a Renal Replacement Therapy Unit (UTRS) located in a city in the interior of the State of São Paulo. Qualitative and quantitative instruments were applied concomitantly to collect data, including: semi-structured interview, Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Medical Outcomes Study (MOS) Social Support Scale, Genogram and Ecomap, Katz and Lawton Index, Vulnerability Abuse Screening Scale (VASS), Tilburg Frailty Indicator (TFI). The convenience sample included 89 participants aged 40 or over, with more than six months of treatment and with understanding and communication skills, according to the results indicated by the Mini-Mental State Examination. Of the participants, the majority were women (46 (51%) and 43 (48%) were men, with an average age of 62 years, ranging from 41 to 85 years. Women reported suffering violence in greater numbers than men. Regarding education, a higher frequency of risk and violence committed was observed in people with 5 or more years of education. It was observed that violence is more frequent among adults aged 40 to 59 years and elderly individuals aged 60 to 69 years, compared to older elderly individuals. Statistical analysis revealed that depression, functionality in instrumental activities of daily living, frailty and social support presented significant relationships with the risk of violence. In the multivariate analysis, using the forward criterion, the variables depression, frailty and sex were significantly associated with the risk of violence. Patients with moderately severe depression are 5.8 times more likely to suffer violence (OR = 5.847;  $p = 0.049$ ), while frail individuals are 6.5 times more likely (OR = 6.525;  $p = 0.017$ ) to be victims of violence compared to non-frail individuals. The present study contributes to new fronts of work focused on longevity and biopsychosocial issues.

**Keywords:** chronic kidney disease, hemodialysis, ageing, violence, social support.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Estágios da doença renal crônica.....	16
<b>Figura 2:</b> Esquematização da estratégia de triangulação concomitante, 2024.....	28
<b>Figura 3:</b> Fluxograma de participantes envolvidos no estudo, São Carlos, SP, 2024.....	36
<b>Figura 4:</b> Categorização dos resultados qualitativos, São Carlos, SP, 2024.....	45
<b>Figura 5:</b> Genograma de E16.....	55
<b>Figura 6:</b> Genograma de E47.....	55
<b>Figura 7:</b> Genograma de E40.....	55
<b>Figura 8:</b> Genograma de E36.....	55
<b>Figura 9:</b> Genograma de E42.....	56
<b>Figura 10:</b> Genograma de E41.....	56

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> : Mixagem de dados quantitativos e qualitativos.....	58
<b>Quadro 2</b> - Tensão 1.....	61
<b>Quadro 3</b> - Tensão 2.....	62
<b>Quadro 4</b> - Tensão 3.....	63

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Variáveis sociodemográficas e o risco de violência em adultos e idosos com DRC (n=89), São Carlos-SP, 2024.....	37
<b>Tabela 2</b> – Depressão, suporte social, funcionalidade e fragilidade em relação ao risco de violência em adultos e idosos com DRC (n=89), São Carlos-SP, 2024.....	39
<b>Tabela 3:</b> Tabela referente a médias por tipo de Suporte Social.....	41
<b>Tabela 4:</b> Resultados da análise de regressão logística univariada para risco de violência.....	42
<b>Tabela 5:</b> Resultados da análise de regressão logística multivariada para risco de violência....	43
<b>Tabela 6</b> – Genograma: arranjos familiares em relação ao risco de violência em adultos e idosos com DRC (n=89), São Carlos-SP, 2024.....	44

## LISTA SIGLAS

<b>ABVD</b>	Atividades Básica de Vida Diária
<b>AIVD</b>	Atividades Instrumentais de Vida Diária
<b>CBD</b>	Censo Brasileiro de Diálise
<b>DSM-IV</b>	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas não Transmissíveis
<b>DRC</b>	Doença Renal Crônica
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>MEEM</b>	Mini Exame do Estado Mental
<b>MOS-SSS</b>	Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PNAD</b>	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
<b>PHQ-9</b>	Patient Health Questionnaire-9
<b>SES</b>	Secretarias Estaduais de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TFI</b>	Tilburg Frailty Indicator
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UTRS</b>	Unidade de Terapia Renal Substitutiva
<b>VASS</b>	Vulnerability Abuse Screening Scale
<b>WHO</b>	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
1.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	13
1.2 O PROCESSO E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT).....	14
1.3 DOENÇA RENAL CRÔNICA E TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.....	16
1.4 DOENÇA RENAL CRÔNICA, DEPRESSÃO E FRAGILIDADE.....	18
1.5 NOVAS CONFIGURAÇÕES FAMILIARES E SUPORTE SOCIAL.....	19
1.6 CUIDADO: ENTRE O CUIDAR DE SI E O CUIDAR DO OUTRO.....	21
1.7 VIOLÊNCIA(S) E PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	22
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>25</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
3.1 DECLARAÇÃO DE OBJETIVOS.....	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
<b>4. MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>27</b>
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	27
4.2 PERSPECTIVA TEÓRICA DO MÉTODO.....	28
4.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO.....	29
4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	29
4.5 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS.....	29
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	30
4.7 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS.....	31
4.7.1 Entrevista semi-estruturada.....	31
4.7.2 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).....	31
4.7.3 Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS).....	32
4.7.4 Genograma e ecomapa.....	32
4.7.5 Escala de Independência em Atividade Básica de Vida Diária (ABVD).....	32
4.7.6 Escala de Independência em Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).....	33
4.7.7 Vulnerability Abuse Screening Scale (VASS).....	33
4.7.8 Tilburg Frailty Indicator (TFI).....	33
4.8 COLETA DE DADOS QUALITATIVO.....	33
4.9 ANÁLISE DE DADOS.....	34
4.10 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
<b>5. RESULTADO E DISCUSSÃO.....</b>	<b>36</b>
5.1 RESULTADO QUANTITATIVO.....	36
5.2 RESULTADO QUALITATIVO.....	45
5.2.1 Suporte social.....	46
5.2.2 Adesão ao tratamento.....	49
5.2.3 Implicações do tratamento.....	52
5.2.4 Cuidados.....	54
5.2.5 Violência.....	56
5.3 INTEGRAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS.....	58
5.4 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS À LUZ DAS CATEGORIAS DO MÉTODO DIALÉTICO.....	60
<b>6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>64</b>
<b>7. INTERPRETAÇÃO DOS DADOS À LUZ DAS CATEGORIAS DO METODO DIALÉTICO.....</b>	<b>61</b>
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>65</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS BLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>76</b>

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

A longevidade da população mundial tem se apresentado de maneira acelerada. Esse fenômeno está associado a mudanças em alguns indicadores de saúde, como a redução das taxas de natalidade, mortalidade e o aumento da expectativa de vida (Camarano; Fernandes, 2022). Nas últimas décadas, houve um aumento significativo da população brasileira com mais de 60 anos de idade. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2022 a população brasileira era composta por 32 milhões de pessoas idosas.

As projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam uma tendência crescente desse número, estimando-se que, em 2060, as pessoas com 65 anos ou mais corresponderão a 25,5% da população brasileira, o que representará 58,2 milhões de pessoas idosas (IBGE, 2018). Tais mudanças no perfil demográfico são uma conquista, considerando que essa expansão da vida só foi possível graças aos avanços culturais e à disponibilidade de recursos que garantem a subsistência da população (Camarano; Fernandes, 2022).

Esse processo começou em épocas diferentes no século passado e, na atualidade, se expressa de formas e proporções particulares em cada país. No Brasil, chama a atenção a velocidade com que as mudanças populacionais ocorrem, com o agravante das diferenças regionais no território. As demandas impostas pelo processo de envelhecimento somam-se às demandas sociais básicas, muitas vezes ainda não atendidas, o que impõe inúmeros desafios para a construção do cuidado a essa população no país (Mota et al., 2022).

A heterogeneidade do envelhecimento demonstra que esse processo não ocorre da mesma maneira para todas as pessoas, sendo influenciado por importantes desigualdades sociais e regionais em nosso país (BRASIL, 2021). Dessa forma, compreender o envelhecimento a partir de uma perspectiva ampla torna-se fundamental, considerando que, além dos aspectos cronológicos e biológicos, estão envolvidos aspectos macroestruturais, como os econômicos, socioculturais e inter-relacionais (Camarano; Fernandes, 2022).

Nesse sentido, de acordo com Paul Baltes (1987), que desenvolveu a teoria do desenvolvimento ao longo da vida (life-span), o envelhecimento humano é um processo contínuo e dinâmico que ocorre ao longo de toda a vida do indivíduo, influenciado por fatores genéticos, biológicos e socioculturais. Para o autor, as mudanças vivenciadas com o

envelhecimento são multideterminadas pela interação de características individuais, contextuais e do meio social. Esses aspectos coparticipam no desenrolar das trajetórias individuais de vida (Tomé; Formiga, 2020).

Rodrigues e Neri (2012) encontraram em seu estudo uma importante relação entre idade, gênero, baixo nível de renda e escolaridade com a prevalência de incapacidade funcional, déficits cognitivos, doenças crônicas e sintomas depressivos. Ou seja, indivíduos mais idosos, do sexo feminino e com menores condições financeiras e baixa escolaridade integram o grupo mais vulnerável ao desenvolvimento de dificuldades e patologias na velhice.

A Feminização da Velhice é outro fenômeno característico da população brasileira. Em 2022, a razão de sexo indicava 94,2 homens para cada 100 mulheres. No Brasil, nascem mais pessoas do sexo masculino do que feminino, mas, a partir do grupo etário de 25 a 29 anos, a população feminina é maioria em todas as regiões do país. Esse fato se intensifica devido à menor mortalidade das mulheres em idades mais avançadas (IBGE, 2023). Tal condição tem implicações na qualidade de vida dessas idosas, já que elas têm mais chances de ficarem viúvas e, muitas vezes, em piores situações socioeconômicas. Além disso, vivenciam um período maior de perdas funcionais e debilitação física antes da morte, em comparação aos homens (Camarano; Fernandes, 2022).

As mudanças na transição demográfica têm provocado a emergência de novas preocupações em saúde. A redução das causas de morte por doenças infecciosas, parasitárias e materno-infantis aponta para alterações no perfil de morbimortalidade do país, acompanhada por um aumento expressivo no número de mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e causas externas (Brasil, 2021). Portanto, a compreensão dos fatores relacionados ao desenvolvimento de DCNT, associada ao processo de envelhecimento, é um tema de interesse para o campo de estudos da Gerontologia e Geriatria.

## **1.2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)**

As DCNT são, atualmente, o grupo de doenças de maior expansão no mundo, impactando diretamente na qualidade de vida. Elas podem afetar o desempenho funcional e gerar dependência, incapacidades e morte prematura (Brasil, 2021; World Health Organization, 2015). O levantamento de dados sobre o crescimento da população brasileira entre 2020 e 2040 indicou que o número de doenças adquiridas aumenta com o avanço da

idade. Em 2019, cerca de 25,8 milhões de pessoas idosas relataram ter pelo menos uma doença crônica, sendo que 5,5 milhões conviviam com três ou mais doenças crônicas, sendo esse número mais expressivo entre as mulheres.

As principais DCNT que acometeram os idosos brasileiros entre 2013 e 2019 foram: hipertensão arterial (56,4%), problemas crônicos de coluna (31,1%), diabetes (20,8%), artrite ou reumatismo (18,2%), alguma doença cardíaca (13,1%), depressão (11,8%), câncer (6,8%), acidente vascular cerebral (5,6%), asma (4,7%) e alguma doença crônica pulmonar (Camarano, 2022). Assim, em relação à carga de doenças por grupos etários, observa-se um aumento no peso das doenças respiratórias crônicas, doenças neurológicas e doenças cardiovasculares, enquanto o peso relativo das neoplasias atinge seu máximo cerca de quatro anos antes dos 65 anos, diminuindo depois desse ponto. No que tange às doenças transmissíveis, as infecções respiratórias e a tuberculose representam a maior carga.

Para compreender o desenvolvimento das DCNT, é necessário examinar os hábitos comportamentais da população, visto que grande parte das mortes prematuras por DCNT estão associadas a fatores de risco modificáveis, como a ausência de atividades físicas, alimentação inadequada, obesidade, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, saúde mental precária e poluição ambiental (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017; Brasil, 2021).

Ademais, de acordo com a diretriz publicada pelo Ministério da Saúde, intitulada Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, as doenças crônicas tendem a afetar, especialmente, as populações em situação de vulnerabilidade social, ou seja, pessoas com renda média e baixa e menor nível de escolaridade. Esse fato está relacionado à maior exposição aos fatores de risco e às desigualdades no acesso aos serviços de saúde (World Health Organization, 2015; Brasil, 2021).

Nesse sentido, o envelhecimento é um processo natural de senescência, que pode envolver perdas e limitações, mas não deve ser confundido com um processo patológico de adoecimento, já que doenças podem ocorrer em qualquer fase da vida, independentemente da idade (Dadalto; Mascarenhas; Matos, 2020). Entretanto, observa-se frequentemente a predominância de altos índices de doenças crônicas nesse grupo etário, o que não está necessariamente relacionado à idade cronológica, mas pode ser um indicativo das formas e hábitos pouco saudáveis de organização social a que somos condicionados ao longo da vida

(Brasil, 2007).

### 1.3 DOENÇA RENAL CRÔNICA E TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma doença crônica não transmissível que apresenta altos índices de morbimortalidade e prevalência (Brasil, 2021). A DRC envolve a perda progressiva da função renal, resultando em complicações nas funções excretoras (filtração do sangue, que permite a eliminação de toxinas através da urina), regulatórias (controle de água e sais minerais) e endócrinas (produção de eritropoietina, renina e metabolização de vitamina D, essencial para a absorção de cálcio). Esses fatores tornam a doença uma preocupação global em saúde pública.

A perda progressiva e irreversível das funções renais provoca alterações na homeostase corporal, gerando disfunções decorrentes da ineficiência da taxa de filtração glomerular (TFG) por mais de três meses, o que resulta em desfechos negativos para a vida da pessoa, podendo levar ao óbito (Bastos; Bregman; Kirsztajn, 2010). Com base nessa definição, foi proposto o estadiamento da DRC, levando em consideração a TFG, conforme ilustrado na figura abaixo

**Figura 1:** Estágios da doença renal crônica

Estágio	TFG	Albuminúria	Descrição
1	≥90	Presente	Lesão renal com TFG normal
2	89-60	Presente	Lesão renal com TFG ligeiramente diminuída
3A	59-45	Presente ou ausente	Lesão renal com TFG ligeiramente a moderadamente
3 B	44-30	Presente ou ausente	Lesão renal com TFG moderadamente diminuída
4	29-15	Presente ou ausente	Lesão renal com TFG acentuadamente diminuída
5	<15 ou em TRS	Presente ou ausente	Lesão renal com FFR

TFG = taxa de filtração glomerular; TRS = terapia renal substitutiva; FFR= Falência Funcional Renal

**Fonte:** Adaptado de Kirsztajn *et al.*, 2014.

Considera-se que a disfunção renal ocorre em cinco estágios, sendo que, do primeiro ao quarto estágio, o tratamento é predominantemente conservador, ou seja, envolve mudanças no estilo de vida e o controle de doenças pré-existentes, como diabetes e hipertensão arterial (Ministério da Saúde, 2014). No quinto estágio, torna-se necessária a realização de Terapia Renal Substitutiva (TRS), que compreende a diálise — Hemodiálise (HD), Diálise Peritoneal (DP) — e o Transplante Renal (TX) (Marinho et al., 2018; Lins et al., 2018).

Ao longo da vida, os rins sofrem alterações tanto na sua estrutura corporal quanto nas suas funções fisiológicas. Estudos sobre o envelhecimento renal apontam que, a partir da quarta década de vida, ocorrem modificações, como a diminuição do peso renal e da área ou ritmo de filtração glomerular (RFG), responsável por grande parte das funções renais, implicando em perdas funcionais. Estima-se que essa perda funcional seja de 1 ml/min do RFG, ou 1%, para cada ano de vida, o que corresponderia a uma perda de 10 ml do RFG a cada 10 anos de vida (Carvalho, 2022).

Alguns fatores relacionados ao processo de envelhecimento influenciam nas mudanças renais, sendo classificados como fatores biológicos e patológicos, incluindo aspectos fisiológicos, comportamentais e ambientais. Os fatores biológicos estão associados ao desenvolvimento de aterosclerose sistêmica, hipertensão arterial sistêmica, intolerância à glicose e obesidade. Já os fatores patológicos são caracterizados pelo tabagismo, ingestão proteica, ingestão de sódio e consumo de álcool (Carvalho, 2022).

As pessoas idosas são frequentemente afetadas por doenças crônicas, como diabetes mellitus e hipertensão, que comprovadamente são doenças de base para o desenvolvimento de lesão renal ou DRC. De acordo com o Censo Brasileiro de Diálise, 32% dos casos de DRC têm como diagnóstico primário a hipertensão, enquanto 30% têm diabetes. No ano de 2021, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus representaram quase um terço dos casos de insuficiência renal crônica no Brasil (Saldanha et al., 2022).

Em pessoas com 75 anos ou mais, com múltiplas comorbidades, perdas funcionais e fragilidade, há uma alta prevalência de DRC. Em adultos, a presença de DRC contribui para o envelhecimento precoce (Kooman et al., 2017; Gonçalves et al., 2021). Além disso, é comum que o processo de envelhecimento esteja acompanhado de alterações renais, relacionadas à "[...] perda de função, fibrose glomerular cortical, fibrose intersticial com diminuição dos túbulos renais, e alterações vasculares intra-renais" (Nunes et al., 2023, p.2).

O tratamento hemodialítico pode trazer profundas implicações para a pessoa com DRC e seus familiares/cuidadores, devido às necessidades de readaptação na rotina de vida e às mudanças comportamentais, psicológicas e físicas vivenciadas ao longo do processo de diálise. Um estudo com idosos canadenses indicou que a sobrevivência de idosos com 75 anos ou mais é de 3 a 5 anos, fato que suscita novas discussões sobre a qualidade e expectativa de vida dessa população que inicia tratamento hemodialítico ou que se encontra no estágio final da DRC

(Rosansky et al., 2017).

#### **1.4 DOENÇA RENAL CRÔNICA DEPRESSÃO E FRAGILIDADE**

De acordo com Coutinho e Costa (2015), o impacto do diagnóstico, o tratamento hemodialítico e os diversos problemas clínicos e limitações associados levam a um processo de readaptação biopsicossocial, no qual o paciente redimensiona tudo o que era vivido anteriormente, revisando questões sobre si e suas relações. A gravidade da doença, as implicações do tratamento para as rotinas cotidianas, os efeitos dos tratamentos, e as restrições alimentares e sociais afetam também a saúde emocional, gerando medos, insegurança e novas perspectivas de vida.

A depressão é altamente prevalente em pessoas idosas em hemodiálise, impactando também a qualidade de vida (Alencar, 2020). Karadag e colaboradores (2019), em estudo sobre resiliência psicológica e suporte social percebido em pessoas idosas em hemodiálise, encontraram uma forte e significativa relação entre esses fatores e o apoio percebido, sendo o apoio familiar o mais destacado, seguido do apoio de amigos e outros tipos de suporte.

Diversos estudos apontam para a associação entre depressão e fragilidade, uma síndrome biológica caracterizada pela diminuição das reservas fisiológicas e pelo aumento da vulnerabilidade a estressores, resultando em declínios cumulativos em diversos sistemas fisiológicos e em risco de desfechos adversos para a saúde, tais como dependência, hospitalização, institucionalização e mortalidade (Gesualdo et al., 2020).

Essa associação bidirecional entre depressão e fragilidade pode estar relacionada aos eventos adversos causados pela fragilidade, que podem contribuir para o desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressivos. Por outro lado, a depressão pode impactar o estado nutricional, causar comprometimento cognitivo, distúrbios do sono e emocionais, o que também pode contribuir para a fragilidade (Deng et al., 2023).

Embora a prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na população idosa seja utilizada como um indicador de fragilidade, este não é um critério suficientemente preciso para indicar a fase do envelhecimento, pois o acesso a intervenções e cuidados de saúde adequados pode reduzir os impactos causados pelas doenças crônicas na qualidade de vida das pessoas idosas (Romero; Maia, 2022). Entretanto, em algumas doenças específicas, como é o caso da Doença Renal Crônica (DRC), a fragilidade é altamente prevalente, sendo que os

pacientes que realizam tratamento dialítico apresentam os maiores níveis de fragilidade, o que chama atenção para a importância de compreender a influência dessas comorbidades na progressão da doença (Santos et al., 2022).

### **1.5 NOVAS CONFIGURAÇÕES FAMILIARES E SUPORTE SOCIAL**

Nas sociedades contemporâneas, é possível observar a existência de diversas configurações familiares, o que permite diferentes formas de constituir-se uma família. Tais distinções podem se expressar tanto em sua composição quanto nas relações e papéis definidos entre seus membros.

A composição pode decorrer de "[...] uniões de parceiros divorciados; pessoas do mesmo sexo; pessoas com filhos de outros casamentos; mães e pais sozinhos com seus filhos; avós e seus netos" (Oliveira, 2009, p. 68). As configurações familiares avançam em diversidade, distanciando-se e diferenciando-se de um modelo único de família. As características que compõem a organização familiar não determinam a maneira como se constituíram as relações, que, no entanto, serão influenciadas não apenas por laços consanguíneos, mas pelas histórias e trajetórias de vida de seus membros.

Desde a década de 1960, as famílias têm se distanciado dos padrões tradicionais, conhecido como "nuclear", ou seja, a composição de um pai, uma mãe e muitos filhos. Na atualidade, essa estrutura não corresponde à realidade da maioria das famílias brasileiras. Observa-se o aumento de casais sem filhos e de famílias monoparentais, aspectos que também contribuem para uma maior prevalência da população idosa nas famílias (Leone et al., 2010).

Essas mudanças demográficas e sociais possibilitam uma convivência mais longa entre diferentes gerações da família, em que filhos e netos coabitam por mais tempo com pais/avós idosos. Embora essa convivência traga aspectos positivos tanto para as pessoas idosas quanto para seus parentes, também pode apresentar desafios para as relações familiares, especialmente em momentos que exigem a manutenção de cuidados com idosos e/ou pessoas com algum comprometimento físico ou mental na família (Mota et al., 2022).

Ao longo da vida, o ser humano desenvolve uma gama de relacionamentos que compõem redes sociais, importantes aliadas na oferta de cuidados em momentos de maior necessidade de apoio e suporte. De acordo com Sluzki (1997), as redes sociais são o conjunto de sistemas significativos para cada indivíduo, que não se limitam à família nuclear e extensa,

mas correspondem a todos os vínculos interpessoais, isto é, a família, os amigos, as relações de trabalho, de estudo, da comunidade e as práticas sociais em geral (p. 02).

O autor destaca que essas redes incluem uma série de níveis de complexidade, que vão desde uma micro-rede social pessoal, composta pelos relacionamentos significativos de cada indivíduo, até uma macro-rede social, constituída pela comunidade, pela sociedade, pela espécie humana e pela ecologia (Sluzki, 1997).

As redes de suporte social podem ser classificadas em dois grupos distintos: a rede de apoio formal e a rede informal. A primeira corresponde aos serviços públicos, sejam do campo social ou da saúde, que oferecem atendimentos aos idosos em diferentes níveis de complexidade. Já a rede de suporte social informal é composta por familiares, amigos, vizinhos e todas as demais relações comunitárias estabelecidas pelos idosos (Duarte; Domingues, 2020).

A manutenção da funcionalidade é um importante indicador de uma velhice saudável, ao passo que a dependência na realização de atividades da vida diária pode, em geral, indicar a presença de incapacidades funcionais e sociais. Nesse sentido, "se somarmos à dependência física e cognitivo-emocional doenças, exclusão social, inatividade e isolamento, o envelhecimento poderá se tornar muito mais penoso" (Lemos; Medeiros, 2022, p. 3470). Assim, é fundamental considerar a importância da rede de suporte social para a promoção do cuidado e da qualidade de vida da pessoa idosa, sobretudo em momentos em que ela é ainda mais solicitada, ou seja:

Com a grande prevalência de doenças crônicas o engajamento do idoso no seu tratamento é crucial para a efetividade da intervenção proposta pela equipe e, mais ainda, a importância do suporte como viabilizador dessa participação. A parceria entre os profissionais de saúde e a rede de suporte social do idoso é um meio de garantir melhores condições clínicas e a promoção de uma melhor capacidade funcional (Lemos; Medeiros, 2022, p.3470).

O apoio ou suporte social provém da rede de relações sociais e pode se manifestar de diferentes formas, como: "[...] apoio material (por exemplo, ajuda financeira e com alimentos); apoio instrumental (auxílio em tarefas domésticas e transporte); apoio informativo (sobre saúde e legislação ou na tomada de decisões); apoio afetivo (inclui expressões como amor, afeição e encorajamento)" (Lemos; Medeiros, 2022, p. 3471). Esse suporte proporciona muitos efeitos positivos à saúde das pessoas, relacionados ao aumento do bem-estar, da autoestima, do senso de previsibilidade e controle, além de reduzir as dificuldades no enfrentamento de situações estressantes e negativas (Lemos; Medeiros, 2022).

## 1.6 CUIDADO: ENTRE O CUIDAR DE SI E O CUIDAR DO OUTRO

As relações de cuidado são inerentes à experiência humana, pois todo ser humano, em algum momento de sua vida, precisará de cuidados, independentemente de quais sejam suas necessidades. Historicamente, nas sociedades, o papel de cuidar foi atribuído às mulheres, uma mentalidade que está relacionada ao processo de construção das relações de gênero, no qual houve uma persistente exclusão das mulheres da vida pública. A elas cabia a esfera privada, os cuidados com o lar e a família (Fontoura, 2023).

Atualmente, esses lugares sociais e de gênero estão sendo questionados. As mudanças culturais, econômicas e demográficas dos últimos séculos reposicionaram, em certa medida, os papéis sociais e a organização do cuidado. As conquistas femininas por direitos reprodutivos, equidade e maior participação no mercado de trabalho contribuíram para a redução das taxas de fecundidade, o que, por sua vez, diminuiu a demanda por cuidados com crianças, enquanto a longevidade da população aumenta a necessidade de cuidados de longa duração com idosos (Camarano, 2023).

A organização do cuidado na sociedade deve ser compartilhada por diferentes atores sociais, desde as esferas micro às macrossociais (família, mercado e Estado). Entretanto, no desempenho dessa função, deve-se considerar a divisão de responsabilidades, levando em conta questões de gênero, geracionais, financeiras e trabalhistas (Mota et al., 2022; Camarano, 2023).

Os textos da Política Nacional do Idoso (Brasil, 2010) e do Estatuto do Idoso (Brasil, 2004) indicam que a família, seguida respectivamente pela comunidade, pela sociedade e pelo Estado, deve ser a responsável por garantir à pessoa idosa suporte e proteção a seus direitos primordiais: “[...] à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (Brasil, 2004, p. 08).

Contudo, ao levantar o questionamento sobre “De quem deve ser a responsabilidade de cuidar?”, é necessário considerar que, historicamente, esse papel tem sido atribuído às famílias, sobretudo às mulheres, enquanto o Estado tem se mostrado pouco envolvido ou muitas vezes ausente nessa função. Um país como o Brasil, assolado por grandes desigualdades sociais, deve levar em conta essas disparidades, pois a população não dispõe dos mesmos recursos para manter o cuidado de seus familiares. Uma movimentação recente do Ministério do

Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (Brasil, 2023) demonstra uma maior preocupação com o papel do poder público em relação a essa temática, ao organizar um grupo de trabalho para elaborar uma proposta de Política Nacional de Cuidados e um Plano Nacional de Cuidados para implementação em todo o território brasileiro.

Nesse sentido, Natália Fontoura (2023) afirma que o cuidado é uma questão política e, portanto, deve fazer parte da agenda pública.

As necessidades de cuidado não são igualmente distribuídas, nem a responsabilização por sua prestação. O cuidado no cotidiano da vida daquelas pessoas que se responsabilizam por ele, assim como daquelas que o recebem, é vital. Isso se torna mais agudo no caso do cuidado com pessoas em situação de dependência, uma demanda inescapável de todos os dias e todas as horas (FONTOURA, 2023).

Ademais, interessa-nos refletir sobre os aspectos que impactam as fronteiras e os limites desse cuidado, tornando-o cada vez mais desafiador. As mudanças nas estruturas familiares, o desemprego, a pobreza e as vulnerabilidades sociais exigem que as famílias desenvolvam recursos e construam redes de apoio para atender às necessidades de seus membros (Rabelo; Flesch, 2022). Tal cenário aumenta a vulnerabilidade tanto do cuidador quanto de quem recebe o cuidado.

Portanto, o ambiente familiar nem sempre se caracteriza apenas como um local de afeto e apoio; pode também se revelar um espaço de exploração, violência e opressão (Rabelo; Flesch, 2022). Assim, a reflexão sobre as complexidades envolvidas nas relações familiares precisa estar sempre presente no campo discursivo sobre essa temática. Os relacionamentos entre idosos e seus filhos nas redes familiares podem gerar tensões, considerando que estão imersos em “[...] um conjunto de elementos que envolvem o apoio familiar, as obrigações de cuidado, as expectativas normativas sobre o comportamento familiar e a justiça na alocação de recursos” (Rabelo; Flesch, 2022, p. 3742).

## **1.7 VIOLÊNCIA(S) E PESSOAS IDOSAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA**

Existe uma tendência cultural de privilegiar a juventude e os adultos em detrimento da população idosa, o que está intimamente relacionado à forma como a velhice é vista na sociedade. Dessa maneira, ao pensarmos na violência contra a pessoa idosa, é necessário considerar todos os fatores que a tornam um problema social, cultural e de saúde pública. De acordo com Minayo (2022), antes mesmo de refletir sobre os aspectos constituintes da

violência, é preciso reconhecer que ela contribui para, e ao mesmo tempo reflete, o tratamento estigmatizador que a população idosa recebe socialmente.

A violência contra a pessoa idosa antes de qualquer consideração sobre sua materialidade constitui uma forma de marcar seu desvalor pela visão social estigmatizada da feiura do corpo alquebrado, deformado e lento (Berzins, 2009); e a inutilidade de seu eu em um mundo regido por adultos que consideram o velho um ser inútil, problemático e descartável (Minayo, 2013 apud Minayo, 2022 p.226).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2022), esse tipo de fenômeno social é chamado de idadismo, que se refere justamente à forma como pensamos (estereótipos), sentimos (preconceitos) e nos comportamos (discriminação) em função da idade das pessoas. O idadismo pode se manifestar nos níveis institucionais, interpessoais e contra si próprio, expressando-se de maneira explícita ou implícita (WHO, 2022). Assim, o idadismo contribui para os estereótipos e preconceitos que as pessoas têm sobre a idade, influenciando-as a fazer inferências generalizantes sobre outras pessoas com base no grupo social a que pertencem. Um exemplo seria: “[...] uma generalização excessiva e comum é a de que as pessoas idosas são frágeis, incompetentes e amistosas [...]” (WHO, 2022, p. 03).

Esses discursos generalizantes podem contribuir para ações discriminatórias e consequentes violências contra essa população. Para a OMS, a violência é um dos principais problemas de saúde pública do mundo e pode ser definida como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (WHO, 2002, p. 05).

Embora seja difícil encontrar um consenso na literatura sobre as tipologias da violência, aqui utilizaremos a descrição proposta pela OMS no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002). A tipologia proposta divide a violência de acordo com quem a comete, resultando nas seguintes três categorias:

- **Violência auto-infligida:** Trata-se da violência dirigida a si próprio, subdividida em comportamento suicida e autoabuso. O comportamento suicida inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e suicídios completados. O autoabuso se caracteriza pela presença de automutilação (WHO, 2002).
- **Violência interpessoal:** Trata-se da violência perpetrada por outros, subdividida em violência intrafamiliar e violência comunitária. A violência intrafamiliar ocorre entre

membros da família e parceiros íntimos, frequentemente dentro de casa. A violência comunitária acontece entre pessoas que não possuem parentesco e pode ocorrer dentro ou fora de casa, entre conhecidos ou desconhecidos (WHO, 2002).

- **Violência coletiva:** Cometida por grupos de pessoas ou pelo Estado, é subdividida em violência social, política e econômica. Exemplos de violência social incluem “crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões”. A violência política manifesta-se por “guerras, conflitos, violência do Estado e atos semelhantes realizados por grupos maiores”. Já a violência econômica inclui “ataques realizados com o objetivo de interromper atividades econômicas, negar acesso a serviços essenciais ou criar segmentações e fragmentações econômicas” (WHO, 2002, p. 06).

Além disso, outra forma de descrever esse fenômeno é por meio da natureza da violência, que pode ser física, sexual, psicológica ou de privação/negligência. Em muitos casos, essas formas de violência estão correlacionadas e ocorrem simultaneamente (WHO, 2002, p. 06). O Estatuto da Pessoa Idosa alerta que, diante da identificação de violência, é necessário realizar a notificação aos órgãos públicos especializados, conforme disposto em lei.

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra pessoas idosas serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; Ministério Público; Conselho Municipal da Pessoa Idosa; Conselho Estadual da Pessoa Idosa; Conselho Nacional da Pessoa Idosa (Brasil, 2022).

De acordo com o Boletim Epidemiológico nº 82, que se baseia nos dados informados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) ao Ministério da Saúde (considerando o período de 26 de fevereiro de 2020 a 25 de setembro de 2021), o Brasil é o segundo país do mundo com o maior número de óbitos acumulados por COVID-19, totalizando 594.200 mortes (Brasil, 2021). Ao segmentar esse número por faixa etária, observa-se que os idosos de 60 a 69 anos correspondem ao maior número de mortes, com 82.221 óbitos (23,5%) (Brasil, 2021). Esse cenário evidencia as fragilidades ainda existentes nos sistemas de saúde no atendimento às necessidades das pessoas idosas, bem como a importância de refletir sobre os impactos da pandemia para essa população específica e seus familiares.

Na literatura científica, destaca-se uma lacuna de estudos que abordam essa temática, sobretudo quando se trata de casos de violência contra pessoas idosas em tratamento hemodialítico.

## 2. JUSTIFICATIVA

A população brasileira tem se tornado cada vez mais longeva. De acordo com Camarano e Fernandes (2022), no período de 1980 a 2019, a média da expectativa de vida dos brasileiros aumentou em torno de 14 anos. Em 2019, os homens viviam, em média, 76,5 anos, enquanto as mulheres frequentemente chegavam aos 80 anos de idade, vivendo aproximadamente 7,3 anos a mais que os homens. O crescente envelhecimento populacional provoca alterações epidemiológicas em relação às doenças que acometem a população.

As mudanças no perfil de saúde e doença, aliadas aos seus fatores condicionantes e determinantes, como os hábitos comportamentais de vida e os fatores genéticos, contribuem para o aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis. Entre essas, destaca-se a doença renal crônica (DRC), que se configura como um dos maiores problemas de saúde pública mundial. De acordo com o Censo Brasileiro de Diálise (CBD), no ano de 2021, a taxa de incidência de pacientes em diálise aumentou cerca de 2,5% em relação ao ano anterior, passando de 144.779 para 148.363 pessoas em tratamento por DRC até julho de 2021 (Nerbass, 2022).

O comprometimento físico e cognitivo, decorrente da progressão da DRC, aumenta a probabilidade de esses pacientes desenvolverem fragilidade precocemente (Santos, 2022), o que impacta significativamente na qualidade de vida, no bem-estar e na saúde da pessoa idosa, além de causar alterações na sua dinâmica familiar e social. Fatores sociodemográficos, problemas de saúde e depressão também estão associados ao risco de fragilidade em pessoas com DRC (Wu et al., 2019 apud Santos, 2022).

Essas comorbidades comprometem a independência desses pacientes, que podem, consequentemente, necessitar de cuidados de terceiros para a realização de atividades básicas da vida diária. Estudos indicam que os cuidadores tendem a se dedicar integralmente à tarefa de cuidar, e, na ausência de suporte social adequado, essa realidade pode contribuir para o isolamento social, altos níveis de sobrecarga e sintomas depressivos, impactando tanto a saúde de quem cuida quanto a de quem é cuidado (Anjos; Boery; Pereira, 2014; Melo et al., 2020).

Nesse contexto, considerando a complexidade e o potencial exaustivo e estressante da situação, é importante atentar-se ao surgimento de possíveis tensões nessas relações, que podem desencadear processos de violência e negligência contra pessoas com DRC. Ademais, a própria pessoa em tratamento pode manifestar comportamentos de negligência em função de

implicações na sua saúde psicológica, comprometendo o autocuidado e a adesão ao tratamento adequado, o que pode agravar as disfunções renais.

Ainda são escassos os estudos sobre os fatores associados ao risco de violência na população brasileira com DRC. Na literatura internacional, alguns estudos destacam-se sobre essa temática. Uma pesquisa realizada no Irã, em 2021, indicou que mais da metade dos idosos em tratamento hemodialítico sofreram abuso moderado por parte de seus cuidadores familiares, sendo que os fatores associados à redução do abuso foram: nível de escolaridade, independência para atividades instrumentais e estado civil (Mahmoudian et al., 2021). Ademais, a relação de dependência com cuidadores, associada à presença de problemas de saúde e doenças crônicas, aponta para uma maior exposição ao abuso, negligência e violência (Sadrollahi et al., 2020).

Os estudos têm demonstrado que a maior taxa de violência contra idosos está relacionada a aspectos emocionais (Mahmoudian et al., 2021). Essas violências manifestam-se por meio de reações negativas dos cuidadores aos sintomas e às consequências da DRC, ou ao tratamento de diálise, além de dificuldades em lidar com as mudanças decorrentes da doença, ou até vergonha e repulsa ao tocar o cateter venoso central e acompanhar os idosos em locais públicos, por exemplo (Maneuchehry; Ghorby, 2008 apud Mahmoudian et al., 2021).

Dessa forma, as violências e abusos contra pessoas idosas estão relacionados a uma série de danos físicos e psicológicos de longo prazo, como isolamento social, depressão, desespero, desesperança e insatisfação com a vida (Mahmoudian et al., 2021). Cabe destacar a ausência de estudos semelhantes no Brasil que investiguem o risco de violência contra pessoas idosas com DRC e seu suporte social, o que justifica a realização do presente estudo. Este trabalho tem como objetivo contribuir para o reconhecimento e a prevenção das violências contra a população idosa, além de promover, junto à comunidade, o desenvolvimento de apoio e recursos protetivos, buscando garantir o bem-estar e a qualidade de vida dessas pessoas e seus familiares.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 DECLARAÇÃO DO OBJETIVO PRINCIPAL**

O objetivo deste estudo de métodos mistos concomitantes é analisar a existência de relações entre o apoio social, a composição familiar, a depressão, a fragilidade, a funcionalidade e o risco de violência em pessoas adultas e idosas com doença renal crônica em tratamento

hemodialítico. Além disso, busca-se analisar as percepções quanto ao apoio recebido e ofertado, às relações interpessoais e à percepção de violência ou risco de violência.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar apoio social, a composição familiar, a depressão, a fragilidade, funcionalidade e risco à violência em pacientes idosos com doença renal crônica.
- Analisar relações e descrever comparações entre variáveis e identificar fatores associados ao risco de violência em pessoas adultas e idosas com doença renal crônica e em tratamento hemodialítico.
- Reconhecer as redes de apoio de pessoas idosas com doença renal crônica.
- Descrever mudanças no dia-a-dia relatadas em função da DRC e seu tratamento, apoio e riscos e situações de violência percebidos.
- Compreender as implicações do risco de violência para a adesão ao tratamento.
- Descrever a composição familiar e a qualidade das relações familiares relatadas

## 4. MATERIAL E MÉTODO

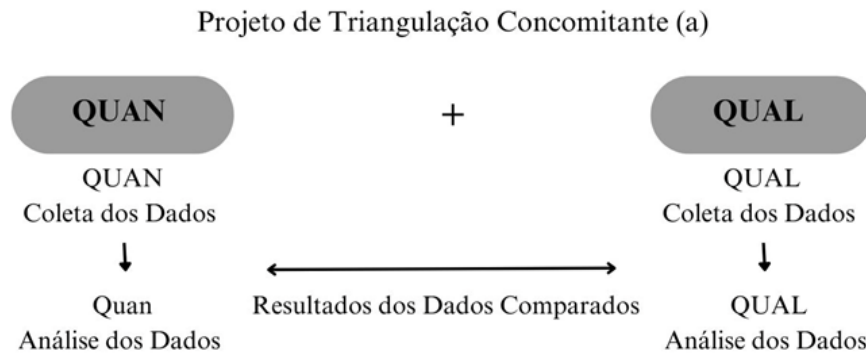
### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A presente pesquisa trata-se de um estudo de metodologia mista, em que, de acordo com John W. Creswell (2007), as principais características dessa estratégia são a combinação de técnicas quantitativas e qualitativas, abrangendo, no processo de pesquisa, procedimentos de coleta e análise de ambas as formas de dados em um único estudo. Nesse sentido, o autor afirma que as pesquisas mistas possuem vantagens do ponto de vista metodológico, pois essa junção entre os dados qualitativos e quantitativos possibilita uma complementaridade e amplitude da investigação científica.

Tal técnica utiliza, como estratégia de investigação, a coleta de dados simultânea, envolvendo tanto informações quantitativas quanto qualitativas. Além disso, podem ser empregadas questões abertas e fechadas, trajetórias emergentes e predeterminadas. Assim, após a coleta dos dados, desenvolve-se um raciocínio para fazer a mistura e a integração dos resultados. Podem ser apresentados quadros visuais dos procedimentos do estudo, a fim de demonstrar a trajetória de construção dos procedimentos.

Dessa forma, essas são as principais características que fazem com que uma pesquisa se configure como um estudo de métodos mistos (Creswell, 2007). No presente estudo, utilizou-se a estratégia de triangulação concomitante, o que significa que ocorreu a coleta simultânea de dados qualitativos e quantitativos, e, posteriormente, os resultados foram comparados.

**Figura 2-** Esquemática da estratégia de triangulação concomitante, 2024.



**Fonte:** Adaptado de Creswell, 2007.

Nesta estratégia, comparam-se os dois bancos e busca-se a existência de convergência, diferenças ou alguma combinação, isto é, se existe alguma validação cruzada ou corroboração (Creswell, 2009)..

#### 4.2 PERSPECTIVA TEÓRICA DO MÉTODO

A perspectiva teórica utilizada neste estudo será o materialismo dialético, essa que é a base filosófica da corrente teórica do marxismo, tem como objetivo buscar explicar cientificamente os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento, sem desconsiderar as práticas sociais humanas. Essa corrente filosófica busca se apoiar na ciência para construir sua concepção de mundo, tenta compreender se a realidade do mundo seria realmente cognoscível ou não (Triviños, 2013).

A partir da perspectiva dialética a realidade concreta é contraditória, e são esses conflitos entre contrários que são capazes de provocar o movimento de transformações históricas e progressivas (Santos, 2018). Nesse sentido, as leis básicas do materialismo dialético são:

- a) mudanças quantitativas originam mudanças qualitativas revolucionárias; b) unidade dos contrários, considerando-se que a realidade concreta é a união de contradições; c) negação da negação, em que, no conflito dos contrários, um nega o outro, que depois é negado em um nível superior de desenvolvimento histórico, mas que preserva aspectos dos contrários negados (tese, antítese e síntese) (Santos, 2018, p.03).

Essa perspectiva compreende que todo objeto no mundo é composto e compõe um todo. Por isso, os problemas e as situações estão interligados, sendo necessário compreender esse conjunto para propor soluções e superações. Do contrário, não é possível compreender tal fenômeno por completo; isso trata-se do conceito de Totalidade da dialética (Konder, 2008). O materialismo dialético se revela um método interessante para analisar estudos que buscam compreender objetos sociais e sua relação com os seres humanos, os meios de produção, de vida e de consumo, bem como as contradições que sustentam essas relações (Santos, 2018).

#### **4.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO**

O estudo foi realizado em uma UTRS da cidade de Ribeirão Preto, SP, que atende pessoas com Insuficiência Renal Crônica que realizam tratamento por meio da hemodiálise. A unidade oferece atendimentos de caráter público, pelo SUS, e privados, via clínica e convênios particulares. Os dados foram coletados de janeiro de 2024 a junho de 2024.

#### **4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Tratou-se de uma amostra de conveniência composta por pessoas adultas e idosas que estão em tratamento hemodialítico durante o período da pesquisa. Os critérios de inclusão escolhidos para a participação na pesquisa foram: pessoas que realizam o tratamento hemodialítico a partir de 40 anos e que estão cadastradas na UTRS. Como critério de exclusão, foi adotado: pessoas que não apresentam capacidade de compreensão e comunicação verbal, de acordo com o instrumento de rastreio cognitivo Mini-Exame do Estado Mental (Bertolucci et al., 1994), e aquelas que estiverem em tratamento hemodialítico por período inferior a 6 meses.

#### **4.5 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS**

Para a realização da presente pesquisa, foi necessário realizar um contato prévio com a UTRS. O convite aos participantes foi realizado mediante contato adquirido com as instituições, e a autorização foi comprovada através do TCLE.

O recrutamento dos participantes por se tratar de uma amostra de conveniência obedeceu às seguintes etapas:

- 1- Busca ativa junto aos profissionais das equipes das duas UTRS das pessoas em tratamento hemodialítico, com idade a partir de 40 anos e os respectivos turnos em que realizam o tratamento: manhã, tarde ou noite. Uma vez identificadas as pessoas que atingem esse critério de inclusão, se procederá a identificar as pessoas não elegíveis, pelo critério de exclusão

- 2- Exclusão das pessoas que estiverem em tratamento hemodialítico por período menor de 6 meses.
- 3- As pessoas de 40 anos ou mais, com mais de 6 meses de tratamento foram esclarecidas acerca da pesquisa, seus objetivos e procedimentos de participação. Para aqueles que concordaram em participar desta fase do recrutamento foi aplicado o instrumento de rastreio cognitivo Mini-Exame do Estado Mental (Bertolucci et al., 1994) na qual se verificou a capacidade de compreensão e comunicação verbal.
- 4- As pessoas que pelo resultado de instrumento de rastreio aplicado se constituíram como não elegíveis, foram esclarecidos acerca da dispensa da continuidade, explicando que os resultados do instrumento aplicado indicaram necessidade de serem poupados de situações que possam lhes gerar dificuldades para responder, esforços, desconforto, estresse ao dar sequência da entrevista.
- 5- As pessoas identificadas como elegíveis foram convidadas a compor a população participante do estudo, mediante a apresentação de todas as fases da pesquisa e coleta de dados, realização de esclarecimentos e manifestação do consentimento pela assinatura do TCLE.

As entrevistas foram realizadas por entrevistadores treinados para tal fim e efetuadas no centro de saúde com duração de aproximadamente 50 minutos a 60 minutos e foram gravadas e posteriormente transcritas. O trabalho contou com uma única etapa de coleta de dados (quantitativos e qualitativos) realizado na UTRS.

#### 4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para o presente estudo foram adotadas as seguintes variáveis:

- Dependente:

1. Risco de Violências: Vulnerability Abuse Screening Scale (VASS) categorizadas em presença (score  $\geq 3$ ) ou ausência (score  $\leq 3$ ) de vulnerabilidade ao abuso.

- Independentes:

1. Idade: data de nascimento e a referência da data da entrevista;
2. Sexo: feminino e masculino;
3. Etnia: branca e negra;
4. Escolaridade: analfabeto, baixa escolaridade (de 1 a 4 anos), média escolaridade (de 5 a 8 anos) e alta escolaridade (9 ou mais anos);
5. Ocupação: empregado, desempregado e aposentado;
6. Estado conjugal: com parceiro, sem parceiro;

7. Religião: com religião, sem religião;
8. Suporte social: Escala de Apoio Social (MOS-SSS - Social Support Scale), 19 perguntas dividida em 5 domínios, sendo que quanto maior a pontuação, maior o nível de apoio social;
9. Depressão: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), a pontuação final varia de 0 a 5 (sem sintomas depressivos), de 5 a 9 (depressão leve), de 10 a 14 (depressão moderada), de 15 a 19 (depressão moderadamente severa) e 20 ou mais (depressão grave).
10. Fragilidade: Escala de Fragilidade de Tilburg (TFI), a pontuação varia de 0 a 15 pontos, sendo que quanto maior a soma das pontuações maior é o nível de fragilidade, ou escores  $\geq 5$  pontos indicam que o indivíduo é frágil;
11. Funcionalidade:
  1. Escala de Independência em Atividade Básica de Vida Diária (ABVD) de Katz e
  2. Atividade Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton, classificadas em dependente; parcialmente dependente e independente;

#### **4.7 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS**

Os instrumentos escolhidos para coleta dos dados quantitativos foram:

##### **4.7.1 Entrevista semi-estruturada**

Utilizou-se esta entrevista para realizar a coleta de dados sociodemográficos dos participantes, ou seja, nome, idade, gênero, etnia, escolaridade, ocupação, moradia e renda. Tais aspectos foram fundamentais para compreender as características do contexto social dos participantes.

##### **4.7.2 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)**

O PHQ-9 foi desenvolvido por Kroenke, Spitzer e Williams (2001) e adaptado e validado no Brasil por Santos et al. (2013). Trata-se de um instrumento que pode ser tanto autoaplicado quanto aplicado por entrevistadores treinados. É composto por nove questões que buscam rastrear a presença dos sintomas de episódios de depressão maior, conforme apresentado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV). Tais sintomas se caracterizam por humor deprimido, anedonia, dificuldades com o sono, cansaço ou falta de energia, mudanças no apetite ou peso, sentimentos de culpa ou inutilidade, problemas

de concentração, sensação de lentidão ou inquietação e pensamentos suicidas (Santos et al., 2013). Os escores para a pontuação final variam de zero a cinco (sem sintomas depressivos), de cinco a nove (depressão leve), de dez a quatorze (depressão moderada), de quinze a dezenove (depressão moderadamente severa) e vinte ou mais (depressão grave) (Kroenke; Spitzer; Williams, 2001; Santos et al., 2013).

#### 4.7.3 Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS)

A presente escala objetiva avaliar aspectos relacionados ao apoio social. Foi desenvolvida por Sherbourne e Stewart (1991) e adaptada e validada para a versão brasileira por Andrade (2001). Composta por 20 questões, essas são subdivididas pelos tipos de apoio social a que cada uma corresponde, isto é, apoio social material, afetivo, emocional, interação social positiva e apoio de informação. Esse instrumento é pontuado por meio de escores para cada domínio, variando de 20 a 100 pontos, em que os resultados mais próximos de 100 indicam um maior nível de apoio social. As opções de resposta possuem as seguintes pontuações: nunca (1), raramente (2), às vezes (3), quase sempre (4) e sempre (5). Em seguida, essas pontuações foram somadas dentro das subdivisões de cada dimensão de apoio social. Por exemplo, para o apoio material, serão somadas as respostas obtidas nas questões 2, 5, 12 e 15, que objetivam avaliar esse aspecto de apoio. Contudo, para a dimensão de apoio social afetivo, a pontuação obtida deve ser dividida por 15 e, posteriormente, multiplicada por 100 (Sherbourne; Stewart, 1991; Andrade, 2001; Pavarini et al., 2012).

#### 4.7.4 Genograma e ecomapa

O genograma é um recurso conversacional que funciona como um mapa da família, uma representação gráfica do arranjo familiar que possibilita a visualização das configurações e da qualidade das relações existentes entre seus membros. Na presente pesquisa, esse recurso será utilizado com o objetivo de ilustrar as dinâmicas e relações familiares em que os participantes estão inseridos. Além disso, foi utilizado o ecomapa para identificar os recursos, apoios e suportes sociais dos participantes, representados por órgãos, instituições e equipamentos da comunidade utilizados pela família (Nascimento; Rocha; Hayes, 2005; Wendt; Crepaldi, 2007).

#### 4.7.5 Escala de Independência em Atividade Básica de Vida Diária (ABVD)

Para a avaliação da independência em atividades básicas de vida diária, foi utilizada a escala desenvolvida por Katz (1963) e adaptada transculturalmente por Lino et al. (2008). Essa escala tem como objetivo avaliar o nível de independência para o desempenho de atividades

básicas de vida diária e é composta pela avaliação de seis funções: tomar banho, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentação. A pontuação varia de 0 a 6 pontos, sendo 0 indicativo de independência em todas as seis funções (Katz et al., 1963; Lino, 2008).

#### 4.7.6 Escala Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

Para a avaliação das atividades instrumentais de vida diária, foi empregada a escala desenvolvida por Lawton e Brody (1969), a qual foi adaptada e teve sua confiabilidade validada por Santos e Virtuoso Jr. (2008). A pontuação varia de 7 a 21 pontos, sendo que 7 corresponde à dependência total, valores entre >7 e <21 indicam dependência parcial e 21 representa a independência (Lawton; Brody, 1969; Santos; Virtuoso Jr., 2008).

#### 4.7.7 Vulnerability Abuse Screening Scale (VASS)

A presente escala tem por objetivo avaliar o risco de violência doméstica contra a pessoa idosa. Ela foi desenvolvida por Schofield et al. (2002) e por Schofield e Mishra (2003), e adaptada para a população brasileira por Maia e Maia (2014). Trata-se de uma escala de autorrelato a ser respondida pelo idoso, que contém 12 itens com perguntas que investigam os domínios físico, psicológico, negligência e financeiro. A pontuação é obtida a partir da somatória dos valores atribuídos a cada uma das respostas afirmativas, com exceção dos itens 4, 5 e 6, que pontuam em caso de resposta negativa (Schofield et al., 2002; Schofield; Mishra, 2003; Maia; Maia, 2014).

#### 4.7.8 Tilburg Frailty Indicator (TFI)

O presente instrumento tem como objetivo a avaliação da fragilidade. Ele foi desenvolvido por Gobbens et al. (2010) e adaptado e validado no Brasil por Santiago et al. (2012). O TFI consiste em 15 questões autorreferidas que buscam avaliar os domínios físico, psicológico e social. A pontuação varia de 0 a 15 pontos, sendo que quanto maior a soma das pontuações, maior é o nível de fragilidade. Escores iguais ou superiores a 5 pontos indicam que o indivíduo é frágil (Gobbens et al., 2010; Santiago et al., 2012).

### 4.8 COLETA DE DADOS QUALITATIVOS

Os dados qualitativos foram obtidos mediante perguntas disparadoras após a construção do Genograma e Ecomapa, foram elas:

- 1) Quais mudanças /transformações o senhor(a) percebe em seus relacionamentos (familiares, amigos, equipe de saúde, outros) ao longo do tratamento?

- 2) Quais mudanças e transformações em si mesmo?
- 3) Como percebe as trocas de apoio entre o senhor(a) e as pessoas do seu convívio (familiares, amigos, equipe de saúde, outros)
- 4) Como percebe o apoio recebido antes e depois do tratamento?
- 5) Considera que alguma situação que vivenciou pode ser considerada como violência/risco de violência em função de sua condição de saúde?
- 6) E isso influenciou a adesão ao tratamento?
- 7) Cite algo que mais valoriza e que menos valoriza de toda essa experiência.
- 8) Você teve alguma dificuldade para aderir ao tratamento? Se sim, qual (is)?

#### 4.9 ANÁLISE DE DADOS

Os dados quantitativos foram armazenados em um banco de dados com a utilização do programa Microsoft Excel, para que, em seguida, possam ser analisados. Posteriormente, o tratamento e a análise dos dados serão realizados pelo programa estatístico SPSS 22.0 para Windows (Statistical Package for the Social Science). A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, incluindo medidas de tendência central (frequência simples, média, mediana, mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio-padrão). Em seguida, confeccionaram-se tabelas contendo a média, o desvio padrão, a mediana, os valores mínimo e máximo, e o alfa de Cronbach, para uma melhor compreensão e visualização dos resultados.

A distribuição dos dados foi verificada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov e, posteriormente, foram adotados testes não paramétricos como Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. A verificação da confiabilidade dos instrumentos foi atribuída mediante o coeficiente alfa de Cronbach, cujo valor varia entre zero e um; quanto maior for o valor, maior a consistência interna do instrumento, indicando a homogeneidade na medida desse constructo. Para a presente pesquisa, o nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

A análise dos dados qualitativos foi realizada através do método de análise de conteúdo de Bardin (2016), que consiste em um conjunto de técnicas organizadas em três etapas primordiais, como se descreve a seguir. Utilizou-se, para a transcrição das entrevistas, o programa Transkriptor e, como apoio para a análise, o aplicativo ATLAS.ti:

##### 1) Pré-análise

Essa fase tem por objetivo a organização do processo de análise. Utilizaram-se 89 entrevistas para a análise e para a base da interpretação final da pesquisa.

**2) Exploração do material**

Essa fase consiste na aplicação sistematizada das decisões tomadas em consonância com o principal objetivo do presente estudo e consistiu em realizar operações de codificação, decomposição ou enumeração, resultando no quadro de categorias e subcategorias apresentado na seção de resultados.

**3) Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação**

Nessa etapa, realizou-se o tratamento dos resultados brutos, buscando sua significância. Assim dispostos nos resultados, a análise possibilitou realizar as inferências e interpretações pertinentes aos objetivos e demais achados da pesquisa. Todo o processo de análise qualitativa seguiu a lista de checagem do COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research).

#### 4.10 ASPECTOS ÉTICOS

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos critérios de ética em pesquisas com seres humanos, estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, CAEE 74252223.6.0000.5504, e Parecer nº 6.584.037. No processo de coleta de dados, foi explicado a todos os participantes o objetivo do estudo, bem como a autorização de participação foi dada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os riscos referentes à participação poderiam incluir cansaço ao responder os questionários, estresse e desconforto, resultantes da exposição a questões pessoais, além de constrangimento. Diante dessas situações, os participantes tiveram garantidas pausas nas entrevistas e a liberdade de não responder às perguntas que considerassem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Devido à condição dos participantes, algumas entrevistas precisaram ser interrompidas e retomadas posteriormente. Não ocorreram intercorrências durante a coleta de dados. Houve necessidade de orientação e encaminhamento para profissionais especialistas e serviços disponíveis, como psicólogos e assistentes sociais da equipe, em virtude dos resultados de algumas avaliações realizadas no processo de coleta de dados. Os benefícios da participação nesta pesquisa auxiliarão na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer ganhos para a área da Gerontologia e da Nefrologia, além da construção de novos conhecimentos e da identificação de novas alternativas e possibilidades para as pessoas

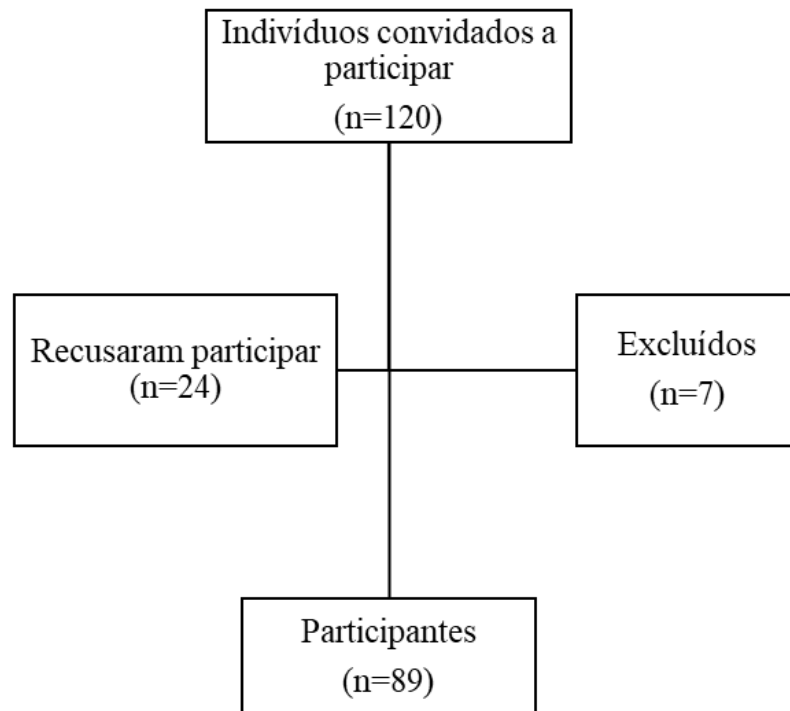
com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

Das 120 pessoas abordadas para participar do estudo, nem todas aceitaram ou atenderam aos critérios de elegibilidade adotados para a presente pesquisa. Das 31 pessoas que não participaram, sete não cumpriam os critérios de inclusão e/ou exclusão, que eram idade inferior a 40 anos e tempo de tratamento inferior a 6 meses. As outras vinte e quatro pessoas foram convidadas, mas recusaram-se a participar do estudo, totalizando uma amostra de 89 pessoas adultas e idosas, conforme o fluxograma a seguir.

**Figura 3-** Fluxograma de participantes envolvidos no estudo, São Carlos, SP, 2024.



**Fonte:** Elaborado pela autora, 2024.

**Tabela 1** - Variáveis sociodemográficas e o risco de violência em adultos e idosos com DRC (n=89), São Carlos-SP, 2024.

		Sem Violência		Risco de Violência		Violência Efetivada		Total		p-valor
		N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Gênero</b>	Masculino	34	79,1%	7	16,3%	2	4,7%	43	48,3	0,203
	Feminino	29	63%	11	23,9%	6	13,0%	46	51,7	
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	4	100%	0	0,0%	0	0,0%	4	4,5	0,330
	De 1 a 4 anos	15	75%	5	25,0%	0	0,0%	20	22,5	
<b>Faixa Etária</b>	5 ou mais anos	44	67,7%	13	20,0%	8	12,3%	65	73,0	0,272
	40 – 59	24	70,6%	5	14,7%	5	14,7%	34	38,2	
	60 – 69	21	67,7%	7	22,6%	3	9,7%	31	34,8	
	70-79	12	66,7%	6	33,3%	0	0,0%	18	20,2	
<b>Estado Civil</b>	80+	6	100%	0	0,0%	0	0,0%	6	6,7	0,352
	Casado	32	76,2%	9	21,4%	1	2,4%	42	47,2	
	Solteiro	7	70%	2	20,0%	1	10,0%	10	11,2	
	Viúvo	14	70%	4	20,0%	2	10,0%	20	22,5	
<b>Etnia</b>	Separado /Divorciado	10	58,8%	3	17,6%	4	23,5%	17	19,1	0,657
	Branca	29	69%	8	19,0%	5	11,9%	42	47,2	
	Negra	20	71,4%	6	21,4%	2	7,1%	28	31,5	
<b>Pensionista</b>	Parda	14	73,7%	4	21,1%	1	5,3%	19	21,3	0,122
	Sim	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	3	3,4	
<b>Aposentado</b>	Não	62	72,1%	16	18,6%	8	9,3%	86	96,6	0,714
	Sim	38	73,1%	9	17,3%	5	9,6%	52	58,4	
	Não	25	67,6%	9	24,3%	3	8,1%	37	41,6	

**Fonte:** Elaborado pela autora, 2024.

A Tabela 1 exibe o perfil sociodemográfico dos 89 indivíduos participantes, sendo 46 (51%) do sexo feminino e 43 (48%) do sexo masculino, com média de 62 anos de idade, variando entre 41 e 85 anos. Em relação ao gênero, os dados sugerem que, para o sexo feminino, o risco de violência foi de 23,9%, enquanto a violência efetivada correspondeu a 13%. Embora o resultado não demonstre uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos, é possível inferir, a partir dos estudos sobre violência doméstica e intrafamiliar, que esses números poderiam ser ainda maiores, considerando o tamanho da amostra.

De acordo com o Atlas da Violência (Brasil, 2024), as mulheres constituem o grupo mais vulnerável à violência doméstica. Em 2022, 49,9% das vítimas de violência foram mulheres na faixa etária de 15 a 39 anos, enquanto as mulheres idosas representaram 6,4% do total das vítimas, totalizando 9.180 casos de mulheres com 60 anos ou mais. Isso indica que, independentemente da idade, as mulheres brasileiras estão sujeitas a sofrer algum tipo de violência.

Em relação ao nível de escolaridade de 5 anos ou mais, o risco de violência foi de 20%, enquanto a violência efetivada foi de 12,3%. Isso corrobora a literatura, que aponta que pessoas com maior escolaridade têm mais facilidade para reconhecer e identificar situações de violência. Por outro lado, pessoas com menor nível de escolaridade podem enfrentar maiores dificuldades para reconhecer e compreender seus direitos, devido à falta de informação, o que pode resultar em maior subnotificação desse fenômeno (Oliveira et al., 2023).

A faixa etária que apresentou os maiores valores de risco de violência foi a de 70 a 79 anos, correspondendo a 33,3% da amostra nessa categoria, enquanto pessoas entre 60 e 69 anos apresentaram um risco de 22,6% e uma taxa de violência efetivada de 9,7%. Já os participantes entre 40 e 59 anos apresentaram risco e violência efetivada de 14,7%. Esses resultados chamam a atenção, pois apontam que pessoas mais jovens da amostra, que possivelmente passarão por um longo período de tratamento, já estão em risco ou efetivamente sofrendo violência.

Estudos indicam que, quanto mais jovens os pacientes em hemodiálise, maior é sua sobrevida; no entanto, essa tende a diminuir com o passar dos anos. Os três primeiros meses de tratamento são os mais difíceis, com pioras na capacidade funcional e na qualidade de vida. Pacientes com até 50 anos apresentam uma sobrevida média de 62 a 88% nos primeiros cinco anos de tratamento, enquanto para pacientes acima de 75 anos, a sobrevida média em 1 ano é de 69% e cai para 20% em 5 anos (Albernaz; Souza; Lemes, 2010; Martins, 2018).

Os dados referentes ao estado civil dos participantes do presente estudo demonstram que a relação entre as variáveis "risco" e "violência efetivada" é mais prevalente entre aqueles que se declararam "sem parceiros", ou seja, solteiros (20% para risco e 10% para violência efetivada), viúvos (20% para risco e 10% para violência efetivada) e separados/divorciados (17,6% para risco e 23,5% para violência efetivada). Nesse sentido, embora não tenha sido encontrada relevância estatística significativa, esse resultado pode sugerir que a ausência de parceiros revela uma maior vulnerabilidade à violência.

**Tabela 2** – Depressão, suporte social, funcionalidade e fragilidade em relação ao risco de violência em adultos e idosos com DRC (n=89), São Carlos-SP, 2024.

	Sem Violência		Risco de Violência		Violência Efetivada		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
<b>Depressão</b>	63	70,8	18	20,2	8	9,0	<b>&lt;0,001<sup>a, b</sup></b>
Com sintomas:							
Leve	19	86,4%	3	13,6%	0	0,0%	
Moderado	7	58,3%	4	33,3%	1	8,3%	<b>&lt;0,001</b>
Moderam. Grave	4	28,6%	8	57,1%	2	14,3%	
Grave	5	55,6%	0	0,0%	4	44,4%	
<b>Funcionalidade</b>							
<b>KATZ</b>							
<b>Independente</b>	61	73,5%	15	18,1%	7	8,4%	0,104
<b>Dependente</b>	2	33,3%	3	50,0%	1	16,7%	
<b>LAWTON</b>							
<b>Independente</b>	55	73,3%	12	16,0%	8	10,7%	<b>0,046</b>
<b>Dependente</b>	8	57,1%	6	42,9%	0	0,0%	
<b>Fragilidade</b>	63	70,8	18	20,2	8	9,0	<b>&lt;0,001<sup>a, b</sup></b>

<sup>a</sup> diferença estatística entre categoria sem violência e risco de violência; <sup>b</sup> diferença estatística entre categoria sem violência e violência efetivada;

**Fonte:** Elaborado pela autora, 2024.

A Tabela 2 expõe que as variáveis depressão, funcionalidade e fragilidade apresentaram uma relação significativa com a violência, tanto no "risco de violência" quanto na "violência efetivada". Observou-se que a violência tem uma relação estatisticamente significativa com a depressão ( $p$ -valor  $< 0,001$ ). O tratamento hemodialítico provoca mudanças profundas na rotina e no estilo de vida dos pacientes e de seus familiares, impactando não apenas a saúde física, mas também a psicológica. Embora não tenham sido encontrados estudos que relacionem especificamente as temáticas de violência e depressão em pessoas com DRC, a relação entre depressão e DRC é amplamente descrita e consolidada na literatura. Um estudo realizado com pessoas em tratamento hemodialítico indicou uma prevalência de 20% de depressão e 40% de risco de depressão nessa população (Nogueira et al., 2021).

A depressão está associada a impactos negativos na qualidade de vida de pessoas com DRC, podendo resultar em piores prognósticos e afetar negativamente a morbidade e a sobrevivência (Nogueira et al., 2021). De acordo com estudos na área, estar exposto a algum tipo de violência pode comprometer tanto a saúde física quanto a mental, ao passo que problemas de saúde mental estão associados a uma maior vulnerabilidade à vitimização por violência. Um estudo de Minayo, Pinto e Silva (2022) encontrou uma maior ocorrência de violência entre aqueles que relataram problemas de saúde mental (31,56%), sugerindo também uma relação, em que comportamentos violentos influenciam reações como depressão, sofrimento mental, alcoolismo e outros problemas psicológicos.

No mesmo estudo, foi encontrada uma relação entre piores estados de saúde e uma maior prevalência de violência (Minayo; Pinto; Silva, 2022), corroborando os resultados da presente pesquisa, que identificou uma relação significativa entre a variável fragilidade ( $p$ -valor  $< 0,001$ ) e a violência. Pacientes com DRC são mais propensos a desenvolver algum nível de fragilidade precocemente, em decorrência do comprometimento físico e cognitivo causado pela própria doença, sendo que aqueles em tratamento hemodialítico tendem a ser ainda mais frágeis (Santos et al., 2022; Chowndhuty et al., 2017).

Nesse sentido, a fragilidade também afeta a qualidade de vida e a capacidade funcional das pessoas com DRC. Na presente pesquisa, foram utilizados dois instrumentos para avaliar a funcionalidade. O primeiro é a escala de Katz, os resultados não mostraram uma relação estatisticamente significativa ( $p$ -valor = 0,104) entre essa variável e a violência. O segundo

instrumento é a escala de Lawton, que avalia as atividades instrumentais da vida diária (AIVD). A presente pesquisa revelou uma relação significativa entre essa escala de funcionalidade para atividades instrumentais da vida diária e a violência, com p-valor = 0,046, o que pode sinalizar que esses pacientes estão em um processo de perda de autonomia, já que as AIVD são as habilidades que geralmente são perdidas primeiro com o aumento da fragilidade e dependência. No estudo de Gesualdo et al. (2020) realizado com pacientes em HD, aqueles que apresentaram maior nível de fragilidade tiveram também pior desempenho identificado na escala de funcionalidade para atividades instrumentais de vida diária.

**Tabela 3:** Tabela referente a médias por tipo de Suporte Social.

	Sem Violência		Risco de Violência		Violência		p-valor
	N	Média	N	Média	N	Média	
<b>Suporte Social</b>							
<b>Apoio Material</b>	63	94,524	18	80,278	8	63,125	<0,001 <sup>a, b</sup>
<b>Apoio Afetivo</b>	63	96,825	18	80,000	8	55,833	<0,001 <sup>a, b, c</sup>
<b>Apoio Emocional</b>	63	92,302	18	70,278	8	51,250	<0,001 <sup>a, b, c</sup>
<b>Interação social positiva</b>	63	90,159	18	63,059	8	52,500	<0,001 <sup>a, b</sup>
<b>Informacional</b>	63	89,841	18	83,611	8	50,000	<0,001 <sup>b, c</sup>

<sup>a</sup> diferença estatística entre categoria sem violência e risco de violência;

<sup>b</sup> diferença estatística entre categoria sem violência e violência efetivada;

<sup>c</sup> diferença estatística entre categoria risco de violência e violência efetivada.

**Fonte:** Elaborado pela autora, 2024.

Em relação ao suporte social, os resultados apontaram significância estatística em todos os domínios, conforme indicado na Tabela 3. Tais resultados corroboram outros estudos realizados no Brasil com pacientes com doença renal crônica (DRC). Um estudo de Santos et al. (2021), que utilizou a escala para avaliação de suporte social MOS-SSS, mostrou que o domínio com maior pontuação foi o Apoio Material (84,16), enquanto o que apresentou a pior pontuação foi o Apoio à Interação Social Positiva (72,93). A presença do apoio social é também associada à moderação dos efeitos negativos em eventos estressantes na saúde e bem-estar das

peessoas (Scott et al., 2020; Soto et al., 2022). No estudo de Núñez et al. (2017) realizado com idosos, demonstrou que ter poucas redes de apoio social poderia estar associado a dependência em pelo menos uma das AVDs e AIVDs, implicando em fator de risco para a redução da funcionalidade física.

A Tabela 4 apresenta os resultados de uma análise de regressão logística univariada para identificar fatores de risco associados à violência. A fragilidade demonstrou uma forte associação com o risco de violência (O.R. = 10,494;  $p < 0,001$ ), com um intervalo de confiança de 2,861 a 38,496. As categorias de depressão moderada e moderadamente grave também mostraram associações significativas, com aumento das chances de violência. Ademais, as diferentes dimensões do suporte social (MOS), como apoio emocional e informação, apresentam associações protetoras significativas contra a violência ( $p < 0,001$  para várias subcategorias).

**Tabela 4:** Resultados da análise de regressão logística univariada para risco de violência.

Variável	Categorias	p-valor	O.R.*	IC 95% O.R.*
Idade	Variável contínua (anos)	0,499	0,986	0,945-1,028
Escolaridade	Variável contínua (anos)	0,665	0,974	0,865-1,097
Sexo	Masc (Ref.)	0,250	1,705	0,687-4,236
Constante	Fem.	<b>0,002</b>	0,344	
	Sem sintomas depressivos	0,002	---	---
Depressão-PHQ	Com sintomas:			
	Leve	0,566	1,556	0,345-7,021
	Moderado	<b>0,013</b>	7,000	1,498-32,720
	Moderam. Grave	<b>&lt;0,001</b>	17,500	3,667-83,506
	Grave	<b>0,045</b>	5,600	1,043-30,081
Suporte Social-MOS	Apoio Material	<b>0,001</b>	0,955	-0,929-0,982
	Apoio Afetivo	<b>&lt;0,001</b>	0,937	0,906-0,970
	Constante	<b>0,002</b>	148,742	
	Apoio Emocional	<b>&lt;0,001</b>	0,955	0,934-0,976
Funcionalidade-Katz	Apoio Inter. Social P	<b>&lt;0,001</b>	0,958	0,939-0,978
	Apoio Informação	<b>0,007</b>	0,971	0,951-0,992
Funcionalidade -Lawton		0,129	1,386	0,909-2,114
Funcionalidade -Lawton		0,305	0,938	0,831-1,060
Fragilidade	Frágil	<b>&lt;0,001</b>	10,494	2,861-38,496

\* OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para violência. IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco

**Fonte:** Elaborado pela autora, 2024.

A análise multivariada com critério forward de seleção de variáveis indicou que as variáveis depressão, fragilidade e sexo foram selecionadas como significativamente associadas à violência. Os participantes com depressão moderadamente grave têm 5,8 vezes mais chances de sofrer violência doméstica em comparação àqueles que não têm depressão. Os pacientes em hemodiálise frágeis apresentam 6,5 vezes mais chances de sofrer violência em comparação aos que não são frágeis. Esse perfil foi encontrado em outros estudos também realizados com pacientes com doença renal crônica (DRC). De acordo com Santos et al. (2022), 83,7% dos participantes apresentavam depressão, em níveis que variavam de leve a grave. Entre esses, os pacientes não frágeis e pré-frágeis apresentaram escores médios de 5 e 8,88, respectivamente, caracterizando grau leve de depressão. Já os participantes frágeis obtiveram uma pontuação média de 15,92, caracterizando depressão moderadamente grave (Santos et al., 2022).

**Tabela 5:** Resultados da análise de regressão logística multivariada para risco de violência.

Variável	Categorias	p-valor	O.R.*	IC 95% O.R.*
Depressão-PHQ	Sem sintomas depressivos (ref)	0,095		
	Com sintomas:	0,775	0,782	0,144 – 4,244
	Leve			
	Moderado	0,113	3,883	0,725–20,805
	Moderam. Grave	<b>0,049</b>	5,847	1,006--33,982
Fragilidade	Grave	0,551	1,765	0,273--11,415
	Não Frágil(ref)	<b>0,001</b>		
	Frágil	<b>0,017</b>	6,525	1,397—30,488
Sexo Fem.		0,714	1,241	0,390 – 3,944
Idade	Variável contínua (anos)	0,568	0,985	0,935– 1,038

\* OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para violência. IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Critério *Forward* de seleção de variáveis. Variáveis de ajuste: sexo e idade.

**Fonte:** Elaborado pela autora, 2024.

Os resultados do genograma também foram quantificados. Em relação aos arranjos familiares, observou-se uma diversidade, com a presença, em alguns casos, de mais de uma geração morando juntas na mesma residência. Os dados sugerem que morar com não familiares demonstrou uma relação estatisticamente significativa. Um estudo realizado com cuidadores familiares de pessoas com DRC demonstrou que muitas pessoas vivenciam estigmas em relação à doença e ao tratamento. Essas questões impactam seus relacionamentos e sua vida social,

levando muitos pacientes a se mostrarem relutantes em socializar após o início do tratamento (Hejazi et al., 2021).

**Tabela 6** – Genograma: arranjos familiares em relação ao risco de violência em adultos e idosos com DRC (n=89), São Carlos-SP, 2024.

Genograma		Sem Violência		Risco de Violência		Violência Efetivada		p-valor
		N	%	N	%	N	%	
<b>Reside sozinho</b>	<b>Não</b>	46	70,8%	13	20,0%	6	9,2%	0,989
	<b>Sim</b>	17	70,8%	5	20,8%	2	8,3%	
<b>Reside com companheiro</b>	<b>Não</b>	32	65,3%	10	20,4%	7	14,3%	0,145
	<b>Sim</b>	31	77,5%	8	20,0%	1	2,5%	
<b>Reside com filhos e/ou enteados</b>	<b>Não</b>	36	69,2%	11	21,2%	5	9,6%	0,927
	<b>Sim</b>	27	73,0%	7	18,9%	3	8,1%	
<b>Reside com netos</b>	<b>Não</b>	59	70,2%	17	20,2%	8	9,5%	0,763
	<b>Sim</b>	4	80,0%	1	20,0%	0	0,0%	
<b>Reside com outros familiares</b>	<b>Não</b>	58	71,6%	16	19,8%	7	8,6%	0,859
	<b>Sim</b>	5	62,5%	2	25,0%	1	12,5%	
<b>Reside com não familiares</b>	<b>Não</b>	63	71,6%	18	20,5%	7	8,0%	<b>0,006</b>
	<b>Sim</b>	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	

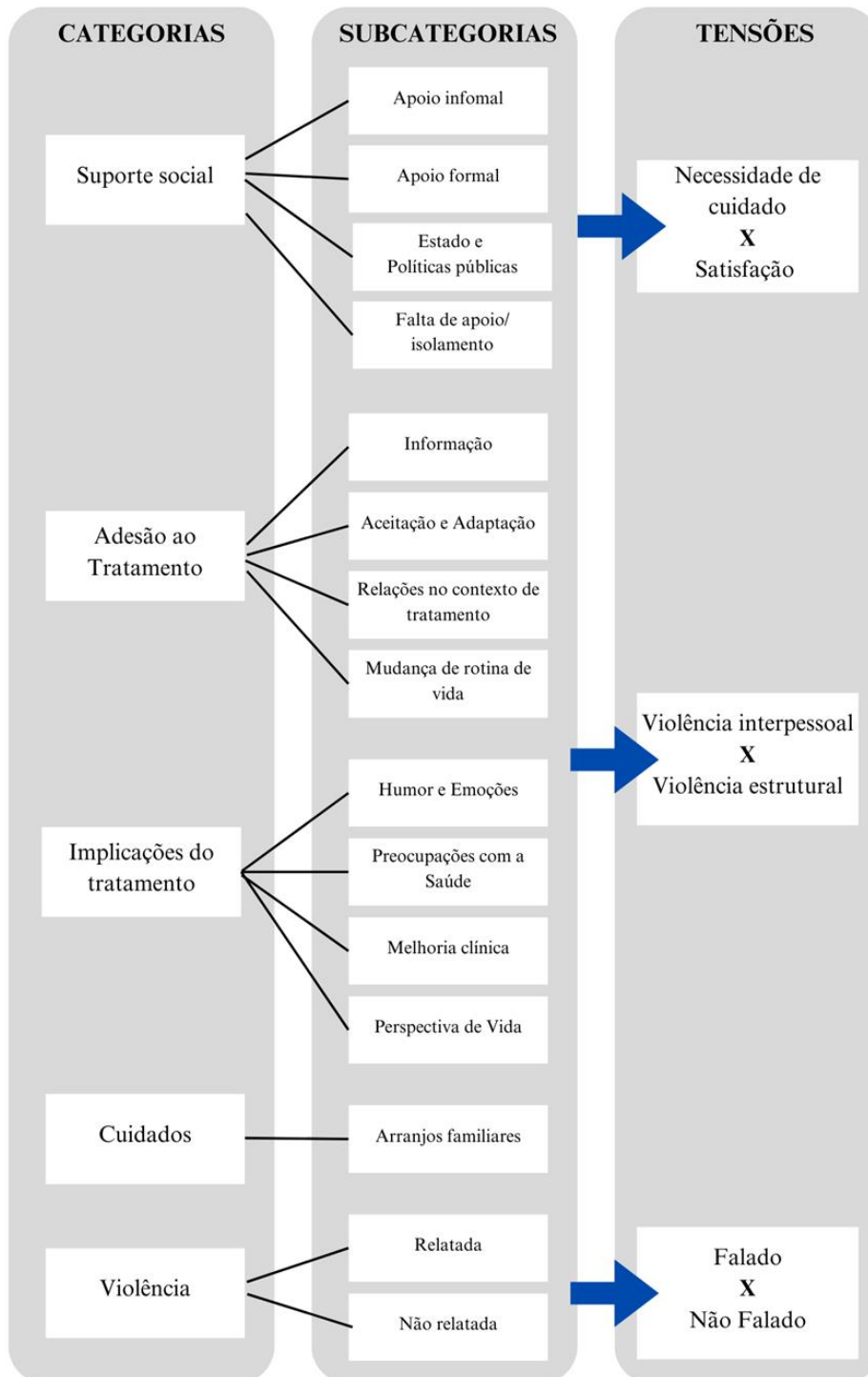
**Fonte:** Elaborado pela autora, 2024.

Assim, as rotinas de vida, somadas às dificuldades de socialização, podem promover um maior afastamento dessa população de seu ciclo social. Esse isolamento impacta a qualidade de vida, as possibilidades de enfrentamento e a saúde mental de pessoas com DRC, o que também pode estar associado a piores desfechos em saúde (Hejazi et al., 2021). De acordo com Minayo, Pinto e Silva (2022), existe uma relação entre piores estados de saúde e uma maior prevalência de violência. Em seus achados, as autoras indicam uma maior ocorrência de violência (31,56%) entre aqueles que relataram ter problemas de saúde mental.

## 5.2 RESULTADOS QUALITATIVOS

As categorias e subcategorias que emergiram da análise de conteúdo realizada, bem como as principais tensões encontradas a partir da interpretação dos resultados à luz do método dialético, são apresentadas na figura a seguir:

**Figura 4:** Categorização dos resultados qualitativos, São Carlos, SP, 2024.



**Fonte:** Elaborado pela Autora

### 5.2.1 Suporte Social

A primeira categoria apresentada reúne os depoimentos dos participantes referentes à sua percepção de Suporte Social, composta por quatro subcategorias: Apoio Informal, Apoio Formal, Estado e Políticas Públicas, e Falta de Apoio/Isolamento. Na primeira subcategoria, foram registrados os relatos sobre a percepção do "Apoio Informal". A grande maioria dos entrevistados afirmou sentir-se apoiada no cotidiano do tratamento, sobretudo pelos familiares (esposas(os), filhas(os), noras, mães e pais).

*[...] minha família tá vindo assim como uma coisa importante pra que eu tenha mais qualidade de vida e longevidade, né? [...] Ah, foi tudo pra melhor, porque todo mundo foi entendendo, foi compreendendo que realmente eu teria que fazer passo a passo, né, certinho, sem faltar pra ter o resultado disso, ver o resultado acontecendo, né?(E1).*

*É uma coisa assim, se você tem o apoio, você já aceita mais, né? Porque você sabe que se preocupam com você...então eu não tenho do que reclamar não (E2).*

*Ah, minha família ficou bem mais próxima, meus filhos, esposo, os amigos também ficaram bem mais próximos, quando preciso de alguma ajuda eles estão prontos para ajudar. Teve bastante aproximação, graças a Deus (E3).*

*Sim, me sinto muito apoiada pela a minha família, pelos amigos, eu acho que eles têm me dado suporte se não eu não conseguiria estar aqui (E4).*

*Sinto esse apoio, eu percebo mais na minha casa né, fora é muito superficial, não tem igual, é eu me sinto cuidada, igual eu falei minha mãe não gosta que eu faça nada. Ela fica de olho se eu tô bebendo muito líquido, se tô comendo demais, essas coisas (E5).*

O apoio informal revela-se um importante aliado na adesão ao tratamento, como evidenciam as falas dos participantes, que sugerem que, quando a família compreende e contribui com algum tipo de apoio, o processo de tratamento é facilitado. Em relação ao tipo de apoio recebido, observou-se que ele se manifesta de diversas formas, como exemplificam os seguintes relatos:

*Se eu precisar de dinheiro, eu tenho ajuda. Se eu precisar de companhia, eu tenho ajuda. Se eu precisar desabafar, eu tenho companhia. Cada um das suas limitações. Desde os netos, noras e filhos (E6).*

*Principalmente a minha esposa, que é quem mais me apoia. Graças a Deus tem alguém, né? Ela que me dá banho, me dá comida, troca minha roupa. Se eu tô precisando ir ao banheiro, ela me leva. E vai indo assim (E7).*

*Eu acho que é mais assim, como que eu vou te dizer... cabeça mesmo sabe, eles tratam bem mais de mim no meu psicológico "ó não desanima não, é assim mesmo" "se precisar você me liga?" "Não fica sozinho, me chama tal" e aí os quatro fazem isso, a pesar que não moram longe né, fala só no telefone, os outros não os outros vão em casa, graças a Deus, os outros*

*moram tudo pertinho, vão em casa, perguntam, arruma a casa pra mim (E8).*

Em relação ao "Apoio formal", os participantes relataram suas experiências com a equipe profissional e a instituição ao longo do tratamento, destacando o reconhecimento dessa rede de apoio no processo de adesão ao tratamento. Um fator importante é o cultivo de um ambiente agradável, com bons relacionamentos. Além disso, emergem dessa categoria sentimentos de gratidão e valorização pelos cuidados recebidos da equipe.

*As pessoas são ótimas, as enfermeiras muito amorosas, os atendentes também, então eu só tenho a agradecer e agradeço todos os dias. E eu acho que isso também ajuda muito, você sabe que você vem para um lugar, ficar quatro horas na máquina não é fácil. Às vezes a gente passa mal, mas tendo essas pessoas, o apoio, principalmente do médico e das enfermeiras, então se torna tudo fácil e a gente aceita melhor a doença (E2).*

*O profissional aqui é minha família mais próxima, então quer dizer esses são mais próximos de mim do que qualquer um da minha família, menos meu filho né, assim dos meus irmãos, sobrinhos é né (E9).*

*O próprio tratamento é bom, né? Os médicos que são bons, as enfermeiras que são boas. Eu valorizo eles. Portanto, eu gosto muito de agradecer. Se eu puder agradecer, eu vou agradecer. Nós brincamos aqui. Normal (E10).*

*Desde que eu cheguei aqui tá tudo bem, eu recebi muito apoio aqui, tem uma despesinha que eles dão pra gente e que ajuda né, entendeu, então é tranquilo (E11).*

*Eu acho assim, que eu nunca fui tratada aqui do jeito que eu sou. A gente não tá pagando nada com esses tratamentos. Eu falo pros outros, eu nunca vi um povo tão bom como esses meninos (E12).*

Em contrapartida, houve falas que sinalizam queixas em relação à experiência de tratamento e ao apoio formal recebido da equipe e da instituição. Tais críticas estão relacionadas principalmente à instabilidade dos técnicos e à confiança na experiência profissional. A DRC é uma doença de curso prolongado, fazendo com que o indivíduo permaneça em tratamento por longos períodos. A experiência do tratamento parece gerar certa intimidade e apego com a equipe, quando construída com base na confiança e segurança. É comum que o quadro de profissionais se altere em clínicas e hospitais, mas tal experiência, quando recorrente, parece provocar uma sensação de instabilidade e a necessidade de uma nova readaptação em um contexto já de intenso sofrimento, como relatam os participantes:

*[...]Tinha um doutor aqui que ele era muito maravilhoso, faz pouco tempo, ah pra mim faz pouco tempo mas já faz mais de um ano que ele saiu daqui. Mas ele me acompanhou, minha trajetória desde o começo, e eu, a dele, porque ele entrou na clínica na mesma época [...] Ele falou, você não pode ficar se apegando assim, eu falava mas Dr. a gente tá aqui desde criança, eu falava sabe (risos), se conheceu criança, e ele falava, mas é necessário, vish mas eu briguei, fiquei numa brabeza aqui, falei vocês não valorizam o profissional*

*bom (risos). Aí minha filha, mas passou, depois eu compreendi que cada um tem seu espaço a ocupar por um tempo né (E9).*

*Então, aqui na clínica, eu não sinto. Eu tenho esse desgaste por conta que cada dia é um dia. Você sabe como você chega, mas você não sabe como você sai [...] Troca muito de médico, troca muito de enfermeiro [...] Então, isso me deixa insegura. E às vezes eu fico até meio tensa. Cada dia antes de vir, sabe? E na época que eu comecei, não. Porque eram enfermeiros mais antigos, que eram práticos, o médico, aquele que você, assim, de só pensar em [isso] caiu sua pressão já tava em cima, sabe? Então, mas é coisa da vida, né? Que você tem que fazer de qualquer jeito e se não tem outra alternativa, mas é o que me deixa um pouco, sabe?(E13).*

*Uma coisa que eu nem gostaria de falar, mas eu vou falar para você entender, né? Quando eu entrei aqui, a enfermagem, uma melhor do que a outra. Principalmente a enfermeira que fala comigo, a fulana, pensa em uma coisa...um ser bom no mundo. Só que hoje tá muito a desejar. Um pessoal bravo, você pede as coisas e fecha a cara...sabe? Isso aí me incomoda (E14).*

*Ah o apoio psicológico, às vezes os funcionários não tem boa vontade com a gente e a gente não tem pra quem reclamar. Eu sinto isso, e os médicos também, assim é uma coisa assim que você não tem muita segurança, porque tá sempre trocando de funcionário, tá sempre trocando de médico, sempre é uma assistente social trocando, sabe não é uma coisa ali que você fixa naquilo ali que você tem uma confiança [...] Você sente que são médicos sem experiência, não dá aquele respaldo que você espera quando você passa mal. Tô te falando porque eu já vivi isso né, outro dia eu passei mal, muito mal, a médica achou que eu tava infartando, ela me mostrou muito assim desespero, falta de experiência, ela não sabia o que fazer, ela ficou nervosa e ela me passou isso, então eu não gosto (E15).*

Na subcategoria "Estado e Políticas Públicas", foram reunidas as falas que faziam referência à utilização de recursos advindos do poder público como suporte social, tais como benefícios assistenciais e previdenciários.

*[...] No começo eu não tinha a minha ajuda de custo nenhum. Agora eu tenho meu auxílio doença e tá me ajudando um pouco e assim não fica mais fácil, mas você consegue conciliar os horários, você se acostuma com a regra, porque é uma regra, não pode sair fora. Saiu fora tá errado (E16).*

Esse relato sinaliza a importância do benefício previdenciário como parte do cuidado e continuidade do tratamento:

*De início eu tinha aquela esperança de fazer um transplante, hoje eu não tenho mais não. Ah não ser que um dia eu tenha a oportunidade de ir pra São Paulo, porque o pessoal daqui que foram pra São Paulo já transplantaram, mas pra ir lá a gente tem que ter condições. Dependendo do meu benefício do INSS que está cortado desde novembro. É complicado (E17).*

Em relação à subcategoria "Falta de Apoio e Isolamento", foram agrupados os relatos que apontavam para ausência ou pouco suporte social.

*Ahh cuidado é pouco, muito pouco, mas deu uma diferença, tipo assim dá a impressão que a doença é contagiosa, aí é afastamento mesmo... ninguém come na minha casa, ninguém vai lá, dificilmente..(E18)*

*Tudo que você imaginar mudou na minha vida. Já não tem mais aquelas amizades que eu tinha, já não tem mais. Muitos amigos se afastaram de mim, principalmente depois que eu amputei a perna. Não sei se eles têm medo, de eu pedir alguma coisa, mas sumiu tudo (E7).*

*Ah que nem minha filha no começo ela fazia tudo pra mim, aí depois ela me abandonou né. Aí até o carro que ela me trazia eu pagava combustível pra ela, aí eu ficava com mil e pouquinho, aí começou a apertar, aí não dei mais, parece que depois que eu não quis que ela trouxesse mais eu, ela não gostou que eu fizesse isso sabe, aí fiquei pensando será que essa menina não tem raiva de mim (E19).*

*Ah no começo eu achei que eu me afastei um pouco sabe, principalmente dos amigos, acho que eu fiquei com um pouco de vergonha de estar fazendo, vergonha da fístula sabe, de ficar tudo melhor, agora eu tô começando a me sentir um pouco mais a vontade mesmo, não ter vergonha de fazer o tratamento (E4).*

Em geral, os participantes relataram a ausência de apoio de pessoas externas ao seu núcleo familiar, embora existam falas que não estão diretamente relacionadas aos familiares mais próximos.

### 5.2.2 Adesão ao Tratamento

Essa categoria teve como objetivo agrupar as falas dos participantes referentes à Adesão ao Tratamento, composta por quatro subcategorias: Informação, Aceitação e Adaptação, Relações no Contexto de Tratamento e Mudança de Rotina de Vida. A primeira subcategoria foi denominada "Informação", contendo relatos que destacam a importância de uma comunicação adequada e da disseminação de informações sobre os aspectos relacionados ao processo de adoecimento. Isso ressalta a relevância da educação em saúde para combater mitos, preconceitos e a desinformação sobre a DRC.

*Ahhh é falta isso, e muitas famílias são assim né, muitas pessoas que estão doentes que não tem cura, sempre tem aquele preconceito, e eu não ligo muito não, eu entro no meu casulo e fico lá. Quem quer não quer amém, vamo, vamo... Mas eu gostaria que eles ficassem mais informados né, já que são pessoas novas né deveriam se informar mais, mas é impossível (E18).*

*Ah de vir aqui, furar agulha em mim, eu tinha medo, eu falei “ah vai cair o meu cabelo” ai eles falaram “não, não vai cair o seu cabelo” E eu tava com medo porque eu não sabia disso daí, eu não conhecia esse negócio aqui(E20).*

*Ah foi o tempo né, foram várias conversas, com pessoas que já faziam, me ajudou bastante, eu tive muita dificuldade de sair da peritonial e vir pra cá, e*

*eu já tinha acostumado na peritoneal e eu achava muito invasiva essa daqui, aí eu tinha medo das agulhas e tal, então foi um pouquinho difícil sim (E4).*

*No começo teve, no começo é difícil, até cair a ficha, porque eu nunca tinha ouvido falar de fazer hemodiálise, antigamente não ouvia falar isso, eu fui saber quando eu tive que fazer (E21).*

*No começo foi mais difícil. Apesar que eu tinha um seguimento no [nome do hospital] e assim eu acho que eles não deram tanta importância pro meu problema, eu não tive tanta explicação do que tava acontecendo. Quando eu fui pra sala de hemodiálise eu nem sabia como que funcionava, eu nem sabia o que que era, então eu não tive esse entendimento sabe e eu acho que por falta dos médicos mesmo [...] eu não acreditava no que o médico falava, porque ninguém nunca me falou o que era uma diálise, como funcionava, o que que era, os médicos só sabiam me falar que meus rins tava parando só e que eu tinha que ir pra máquina, mas ninguém me explicou como seria (E15).*

Os entrevistados relataram um processo contínuo de adaptação decorrente das mudanças advindas com o diagnóstico da doença. Esse processo de adaptação no início da diálise é fundamental para facilitar a adesão ao tratamento. A segunda subcategoria, intitulada "Aceitação e Adaptação", reúne relatos sobre o entendimento da importância do tratamento, bem como as adaptações às novas necessidades que surgem ao longo desse processo.

*Ah eu fui pegando e aceitando, igual meu irmão ele não aceitava, ele não queria parar de trabalhar aí foi complicando. Aí ficou ruim, a família dele achava que ele tava com moleza, não entendia que é importante, a minha já entende, sabe que é importante. É sim, eu tenho o apoio e faz diferença (E21).*

*O que eu valorizo mais é assim, que no começo você é muito frágil. Você acha que seu organismo tá acostumando com a hemodiálise, então você sente muito mal. Até você descobrir que o medicamento que não te faz bem...Eu sentia muito, muito mal no começo. De adaptação Sabe? [...] No começo que eu sentia muito mal, porque eu também não podia me mover, eu ainda tava na maca. E agora que graças a Deus eu tô independente. Tô dirigindo, tô fazendo minhas coisas, tô cuidando da minha casa. Então, essas duas fases foram assim, sabe? (E13).*

*Sim! Quando a médica falou pra mim que eu iria fazer hemodiálise, eu chorei, chorei demais, então depois foi normal, a gente tem que aceitar né e falei com a psicóloga e me ajudou bastante. No começo foi difícil, agora pra mim é mamão. Sim, exatamente porque você não sabe como é importante, quando você acredita que você tem que fazer porque é pro seu bem, não tem problema nenhum, aí a gente aceita né (E22).*

As falas dos participantes da pesquisa sugerem um processo de adaptação "forçado". O adoecimento surge sem aviso, exigindo mudanças em diversos aspectos da vida. Algumas pessoas relataram facilidade em adaptar-se e aceitar a doença, enquanto outras, mesmo após anos de tratamento, afirmaram não aceitar a condição, embora não se recusem a realizar o tratamento.

*Aceitar isso daqui, que eu nunca aceitei muito. Você tem que aceitar, né?(E23).*

*Hoje, o que eu mais valorizo, eu acho que é entrar de cabeça no meu tratamento, aceitar porque eu não aceito, e seguir em frente (E24).*

*Não, o tratamento não. A dificuldade que eu tenho é aceitar minha doença, o meu problema. É isso aí. O tratamento está perfeito. Perfeito mesmo (E14).*

Na subcategoria "Relações no Contexto de Tratamento", observa-se que os relacionamentos que emergem nesse contexto influenciam a adesão ao tratamento e a forma como as pessoas o experienciam. É interessante notar que a intensa rotina de diálise, geralmente realizada pelo menos três vezes por semana durante quatro horas, possibilita uma grande interação entre os pacientes, podendo gerar, assim como em qualquer outro contexto, relacionamentos amistosos, de colaboração, trocas e conflitos.

*Eu me fechei mais, eu me fechei completamente. Lá né, mas aqui não, engraçado (risos) aqui eu sinto que eu tenho uma família, converso com um e com outro. A gente tem muito apego, nois é.. mudei mesmo completamente, me tranquei né, me fechei né, na conversa, só isso (E18).*

*Experiência de outros colegas que já foram, mas que passaram conhecimento. Muitos falam ah você vai pra hemodiálise e parece que tá indo pra uma festa, e tô mesmo, tem dia que um comemora o aniversário. E estamos aqui porque é uma opção e se essa é minha opção, como vou me revoltar com isso? Chega aqui e temos boas amizades e convívios e também todo mundo respeitando a sua individualidade. Então, é gostoso. [...] E todos esses ensinamentos, não por médico, não por enfermeiro, foram pacientes que tiveram 19 anos de hemodiálise, 17, Então, eles são pessoas que se interessavam e procuravam saber como se manter com a máquina com qualidade de vida. Então, eu aprendi muito. Foi a experiência dos colegas aí (E6).*

*Eu não gosto, se eu souber que a pessoa fica de leva e traz, nesse sentido, por exemplo, eu vou te dar um exemplo, o segundo paciente ali, esse segundo paciente quando foi no final do ano, ele me pediu 100 reais emprestado, e eu não tenho dinheiro pra ficar emprestando, eu não o emprestei e ele virou a cara. Pra mim é o tipo de pessoa que não presta, e isso eu não valorizo (E25).*

Em relação à subcategoria "Mudança de Rotina de Vida", destacaram-se relatos sobre as transformações intensas no cotidiano a partir do início do tratamento hemodialítico, exemplificadas pelas seguintes falas:

*É porque a gente aprendeu a viver com liberdade, eu vou viajar para tal canto, mas eu não posso, porque? Porque tenho que fazer diálise, então parte grande da minha liberdade foi embora, mas fazer o que tem fazer (E11).*

*A vida que não é vida e é uma sobrevivida, porque aí você perde direito, se não tem como... aliás você tem como, mas é mais difícil se não pode fazer uma viagem, se você vai num barzinho você não pode beber um chopp, comer um torresminho, sabe é muita coisa que você tem que cortar (E26).*

*Acabou com a minha vida. Agora você imagina uma pessoa, toca na noite, caminhoneiro, viaja demais que eu gosto..e você não poder ir em uma praia? É ruim né? Isso aí me mata. Nossa, eu fico doidinho. O dia que levaram meu caminhão embora chorei. Tinha uma vida da gente ali, né? Mas, eu tenho que adequar, não tem como (E14).*

*Antes do tratamento eu ia para o carro, eu tinha o meu carro e ia para qualquer lugar. Hoje não. Hoje eu não tenho mais, né. Não sei se isso faz parte do tratamento. Isso aqui mudou a minha vida. Mudou com tratamento, eu não esperava. Eu achava que eu ia trabalhar até o dia que eu morresse. E eu tive que parar. Foi a pior coisa que eu tinha que fazer, foi parar. Pra começar, eu não vejo mais os fregueses meus, que eram amigos da gente. Não ganho mais dinheiro (E27).*

As mudanças advindas a partir do tratamento, impactam diversas áreas da vida das pessoas, exigindo readaptações em função das restrições e limitações impostas pela doença e as necessidades de cuidado.

### 5.2.3 Implicações do Tratamento

Na terceira categoria, foram reunidos os relatos dos participantes que indicavam as implicações do tratamento em suas vivências, composta por quatro subcategorias: Humor e Emoções, Preocupação com a Saúde, Melhoria Clínica e Perspectiva de Vida. A primeira subcategoria, nomeada "Humor e Emoções", contém falas dos participantes que indicam os impactos emocionais do tratamento. Em muitos relatos, foram observadas expressões de medo, ansiedade e tristeza, diretamente relacionadas ao processo de adoecimento e ao tratamento.

*No começo tinha medo, né? Meu sogro morreu, morreu rápido. Tive um colega que morreu o primeiro dia na cadeira, entendeu? Aí eu fiquei com um pouquinho de medo. Mas graças a Deus deu sossego (E28).*

*No começo, sim. Eu sentia muita dor, estava com medo, se morria uma pessoa eu me assustava (E29).*

*Então eu entrava sentava naquela cadeira e já queria ir embora, acho que depois disso que começou a me dar as crises de ansiedade, porque aí várias vezes eu chamei o doutor e falava eu quero que desliga tudo e se não desligar eu vou arrancar, então eles desligavam, aí eu fazia uma hora, uma hora e meia e já ficava ruim, com sintoma de ansiedade e ia embora. Então é isso aí (E26).*

Em alguns casos, tais experiências são sentidas como invasivas para a pessoa que passa por esse processo, em função das características do próprio tratamento, como podemos interpretar a partir das seguintes falas:

*Ah assim a gente fica um pouco receoso com os procedimentos né, tem a questão de estar aqui na máquina e ver o seu sangue todo saindo e voltando,*

*isso dá uma certa ansiedade, certo medo assim. Mas não que fez mal, acho que é uma questão minha de receio. Fico com medo mesmo (E4).*

*Quando me falaram que eu tinha que fazer hemodiálise me veio tipo assim uma tristeza né, pensei nossa vou ter que fazer hemodiálise, mas eu fiquei meio assim vou fazer o que né, na realidade a gente pensa que tá bom, aí no momento que precisa fazer um tratamento como esse né a gente se sente até constrangido né (E30).*

Na segunda subcategoria, "Preocupações com a Saúde", foram reunidos os relatos que sugerem uma preocupação com o próprio estado de saúde, representados pelos seguintes trechos dos depoimentos:

*Por exemplo eu entrei numa máquina de hemodiálise, porque antigamente me dava uma dor de cabeça e eu tomava muito dorflex, ou eu tomava muito anti-inflamatório e isso foi e acabou com o meu rim, e hoje eu já não tomo mais essas coisas, aí eu conversei com a doutora, perguntou o que eu posso tomar, o que eu não posso (E25).*

*Ah melhoras, hoje depois que eu fiquei doente tô só melhorando, se preocupei mais comigo mesmo, com o próximo, com a saúde, entendeu? (E31).*

*Agora, se tem limitação, pode ter limitação. Qualquer outra pessoa tem mesmo dando 100% mas a minha é mais delicada, Braço aqui não posso com peso tem esses cuidados né? Eu evito de jogar bola, sabe que eu quase nunca jogo? Mas fora isso, é tranquilo, é adaptável (E32).*

*Porque os médicos ensinam o básico, as nutricionistas o básico, quem tem que saber o que é melhor é a gente. Porque assim, a gente conhece o nosso organismo. A máquina não conhece. Existem limitações e a gente precisa saber, pra não se prejudicar (E6).*

Essa subcategoria também revela uma autonomia e responsabilização sobre o processo de tratamento, reconhecendo as necessidades e os cuidados importantes para manter o próprio bem-estar. Na subcategoria "Melhoria Clínica", foram reunidas as falas que fazem referência às percepções de melhorias na condição clínica.

*É, a saúde muda, né? Melhorou? Melhora, precisando fazer a hemodiálise, então agora começou a fazer e melhorou. Então ficou bom, tá controlado. Tá excelente agora (E33).*

*Posso falar né, eu cheguei perto de morrer né e graças a Deus, hoje eu tô bem mais tranquilo, e ao tratamento né. O tratamento é importante né, muito importante o tratamento. Eu me sinto bem melhor, graças a Deus. Mesmo fazendo hemodiálise tudo, mas eu me sinto melhor né (E30).*

*[...] Porque eu vivia inchada, tudo. Isso foi quase um ano. Mas depois que eu comecei o tratamento, eu melhorei. Foi que demoraram para descobrir. Foi o que aconteceu (E12).*

*Então como eu te falei, eu falava que não queria vir, mas o que contribuiu mesmo, foi eu ver que não estava bem e vir e fazer e fiquei melhor, aí eu vi que era uma oportunidade que Deus tava me dando de continuar, aí vim (E34).*

Os participantes da pesquisa revelaram passar por um processo de piora da saúde física ao iniciar a hemodiálise, que é seguido de um processo de adaptação ao tratamento, resultando em uma melhora na percepção de sua saúde física. A última subcategoria foi nomeada de “Perspectiva de Vida”; nela, foram encontrados relatos sobre as mudanças na percepção acerca da vida e do viver, que revelam uma maior valorização da saúde e da vida, advindas após o processo de adoecimento.

*Aprendizado que a vida ela é muito importante e a gente tem que procurar fazer o melhor pra que Tudo vem acontecer. Tudo vem acontecer da melhor forma (E1).*

*Ah, dei mais amor na vida, viu? Depois disso daqui, Nossa Senhora, trabalhava de motorista e não pensava em nada (E35).*

*Ah, eu tenho mais vontade de viver. Eu estava pensando assim, meu Deus, eu ainda não vivi 50 anos, eu nem vivi 50 anos. Aí eu disse que eu ia ter mais vontade de viver (E36).*

#### 5.2.4 Cuidados

Nesta categoria, buscou-se reunir os relatos que demonstraram as relações de cuidado entre os participantes da pesquisa e seus familiares. A subcategoria foi nomeada "Arranjos Familiares", na qual foi possível observar que muitos participantes são responsáveis pelos cuidados dentro da família, tanto do ponto de vista financeiro quanto no que se refere aos cuidados instrumentais no cotidiano.

*[...] Meu filho depende muito, muito de mim, sabe? A de 26 anos faz tudo, mas ele... ele depende muito de mim, porque ele... ele é.. é meio especial, sabe? Tem dar comida, sabe? Porque ele não anda, não fala. Fica na cadeira de rodas, sabe? E o de 15 anos, ele é novo também, tem dificuldade na escola, mas é uma criança amorosa, sabe? Muito amorosa (E36).*

*A menina tem depressão. Tem vez que eu chego daqui e ela dá trabalho pra mim. E o menino também não tem cabeça pra nada. Ele é um homem feito, bonito, um rapaz. É um rapaz bonito e feito, mas a memória dele é de criança. O cérebro dele não é cérebro de adulto. É de uma pessoa menor (E37).*

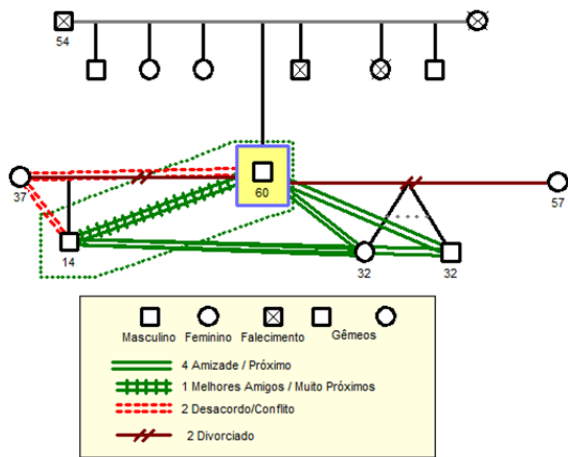
*Ah se precisar de alguma coisa aí eu faço, eu levo alguém no médico e vou buscar, só nos dias da hemodiálise que não, eu faço e quando eu preciso sempre tem alguém que faz pra mim também, é tio, irmão faz (E38).*

*[...] porque como eu sou sozinho, eu tenho que lavar roupa, tenho que arrumar comida, tenho às vezes até eu e meu filho um dia que eu não venho aqui limpa a casa e coisas a mais, não tem jeito, esses afazeres tem que continuar, a vida continua né (E16).*

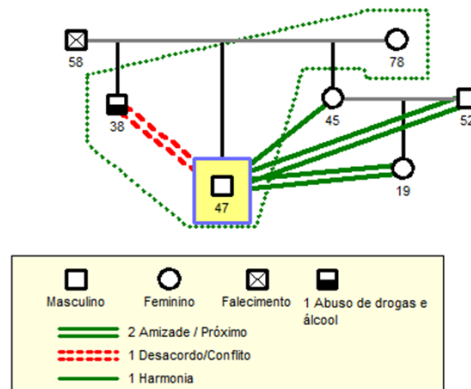
Esta categoria evidencia a complexidade dos arranjos familiares, indicando que, apesar das dificuldades relacionadas à DRC, os participantes ocupam papéis importantes dentro de

suas famílias, o que também sinaliza uma maior vulnerabilidade em relação a essa rede de apoio. De acordo com o estudo de Hejazi et al. (2021), a perda do emprego em função do tratamento é uma preocupação relatada pelos pacientes em HD, o que pode acarretar em um ônus financeiro à família, o que afeta negativamente a qualidade de vida dessas pessoas. Para essa categoria, foram utilizados os Genogramas, que permitem a ilustração dos arranjos familiares, facilitando a compreensão das relações, dos vínculos e das possibilidades de cuidado existentes dentro das famílias.

**Figura 5:** Genograma de E16.



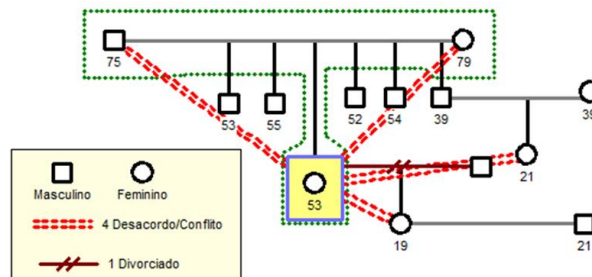
**Figura 6:** Genograma de E47.



Fonte: Elaborado pela Autora, 2024.

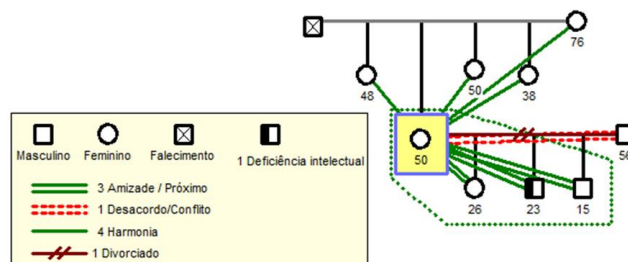
Fonte: Elaborado pela Autora, 2024.

**Figura 7:** Genograma de E40.



Fonte: Elaborado pela Autora, 2024.

**Figura 8:** Genograma de E36





*Não, Não teve nem na época de maca, nem de cadeira de rodas, nada. Entendeu? Não teve (E13).*

*Não, não tem violência nenhuma (E39).*

Tal processo pode estar relacionado a uma dificuldade de se reconhecer como vítima de violência e, assim, nomeá-la. Inclusive, as participantes que relataram tais situações, ao serem questionadas diretamente sobre a percepção de algum tipo de violência, não afirmaram de forma direta, mencionando, em outras partes das entrevistas, as seguintes falas aqui destacadas:

*Como que ela xinga, diz que não aceita, chama de capeta, desgraça, capeta. Ela vai na missa, não adianta. E eu, eu sou contra[...] Ela diz, fala que eu dou trabalho. Eu não dou trabalho, eu dou pra essas coisas que eu não consigo pegar. Só isso (E40).*

*Quando eu venho pra cá, ela vira pra mim e fala assim aí tomara que morra na diálise [...] Mas eu tenho medo, se ela vir pra cima de mim, se não sabe como tá o psíquico da pessoa, então não vou pra briga, mas alguma coisa tem errado. Aí eu não revido, mas mesmo assim de vez enquanto saí bate e boca, sabe saí bate e boca (E41).*

*[...] eu tenho medo dele as vezes. Eu comprei um veneno lá pra poder matar as formiga mas ele não usou, aí ele não usou, aí ficou lá guardado, aí tem hora que eu tenho medo de.... Ah ele..porque ele era um homem bom como eu te falei, levava eu pra passear, porque eu dei a moto pra ele, aí agora ele fala que eu não sou mulher pra montar na moto dele, ele me tranca, ele não me deixa sair, me deixa em casa sem água, as vezes ele desliga o relógio, ele é muito tóxico (E42).*

Vale destacar que, em relação ao tipo de violência, é possível perceber a predominância do que poderia ser classificado como violência psicológica, o que também pode estar relacionado à dificuldade das participantes em nomear tais comportamentos como violência, tendo em vista que, culturalmente, existe uma tendência a considerar a violência física em detrimento das demais formas de violência. De acordo com pesquisas realizadas sobre as tipologias de violências vivenciadas por pessoas idosas, a violência psicológica se apresenta como a mais difícil de ser identificada e a mais recorrente (Ribeiro et al., 2021; Chagas et al., 2024).

Ademais, as pessoas que relataram verbalmente algum tipo de violência são todas mulheres; nenhum dos participantes do sexo masculino relatou verbalmente uma vivência semelhante, o que sugere que existem dinâmicas diferentes no fenômeno da violência doméstica e intrafamiliar, dependendo do gênero da vítima (Brasil, 2024).

### 5.3 INTEGRAÇÃO DE DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

A integração dos dados resultantes das análises realizadas no presente estudo é uma fase determinada pelo método misto escolhido. Trata-se da combinação de resultados significativos dos dados quantitativos e qualitativos, que se expressam no quadro a seguir:

**Quadro 1** : Mixagem de dados quantitativos e qualitativos.

DADOS QUANTITATIVOS	DADOS QUALITATIVOS
<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E VIOLÊNCIA (RISCO E EFETIVADA)</b>	
<p>Gênero:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Masculino:9</li> <li>● Feminino: 17</li> </ul> <p>Faixa Etária:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● adultos:10</li> <li>● Pessoas idosas: 16</li> </ul> <p>Escolaridade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 1-4 anos:5</li> <li>● 5 e + anos: 21</li> </ul> <p>Estado civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Com companheiro(a): 10</li> <li>● Sem Companheiro(a): 16</li> </ul> <p>Etnia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Branca: 13</li> <li>● Negra: 8</li> <li>● Parda: 5</li> </ul>	<p><i>Como que ela[mãe] xinga, diz que não aceita, chama de capeta, desgraça, capeta. Ela vai na missa, não adianta. E eu, eu sou contra [...] Ah, coisa que ela fala, que ele fala, que me põe muito pra baixo. É por isso que eu saio, eu peço para sair (E40).</i></p>
<b>FUNCIONALIDADE E VIOLÊNCIA - AIVD (Lawton):</b>	
<p>p-valor: <b>0,046</b></p> <p>Independentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sem violência 55(73%)</li> <li>● Com risco 12 (16%)</li> <li>● Violência Efetivada: 8 (10,7%)</li> </ul> <p>Dependentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sem violência 8 (57,1%)</li> <li>● Com risco 6 (42,9%)</li> <li>● Violência Efetivada: 0 (0,0%)</li> </ul>	<p><i>Assim eu fiquei um pouco dependente, isso aí fiquei dependente um pouco. Eu gostaria de não estar dependente né, o que a gente mais quer é fazer tudo que a gente pode né. Mas tem restrição então tá bom (E43).</i></p> <p><i>É, de sair, não saio mais. Muito fácil. Eu me restrinjo, né? Eu dependo dos outros pra me levarem, né? Por exemplo, meu irmão mora dois quarteirões pra cima da minha casa, entendeu? É uma subidinha. Como eu não tô dirigindo... Então, toda vez que eu vou na casa dele, ele tem que vir me buscar. Quando não for meus irmãos minha cunhada, a minha sobrinha vem me buscar. É isso, depende (E44).</i></p>

	<i>olha, eu...Você fica meio inerte, né? Só depende da hemodiálise. Mais nada (E45).</i>
<b>SUPORTE SOCIAL E VIOLÊNCIA</b>	
<p>p-valor: <b>&lt;0,001 para todos os domínios:</b>  Apoio Material  Apoio Afetivo  Apoio Emocional  Interação Social Positiva  Informacional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sem violência 63 (70,8%)</li> <li>● Com risco 18 (20,2%)</li> <li>● Violência Efetivada: 8 (9,0%)</li> </ul>	<i>É, eu não tenho quase nenhum contato, acho que todo mundo virou as costas. Tinha muita amizade, muitos amigos, hoje não tem ninguém. Sofri muito, hoje eu, como posso te fala...hoje eu mesmo resolvi deixar de mão e viver eu e eu. Preferi viver isolada. Eu penso assim, que a gente só é boa quando servimos eles, quando não, não. Então não tem aquele convívio bom não (E24).</i>
<b>FRAGILIDADE E VIOLÊNCIA</b>	
<p>p-valor: <b>&lt;0,001</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sem violência 63 (70,8%)</li> <li>● Com risco 18(20,2%)</li> <li>● Violência Efetivada: 8 (9,0%)</li> </ul> <p><u>Correlação:</u> Estar frágil com risco de Violência:  p-valor: <b>0,017, r=6,525 [IC 1,397--30,488]</b></p>	<p><i>Veio esse problema, porque eu levei um tombo no rio e depois daquele dia nunca mais eu voltei lá, nunca mais eu andei, eu vim dirigindo lá do mato até em casa e de lá pra cá mudou, já mudou, eu caí já uns 10 tombo. Mas mudou muito, mudou muito. Desde que eu comecei a fazer a hemodiálise, mudou muito (E27)</i></p> <p><i>Ah a velhice, a falta de andar só [...] Ah demorava mais pra envelhecer né, depois que eu descobri que tava com problema no rim, aí acabou (E46).</i></p>
<b>DEPRESSÃO E VIOLÊNCIA</b>	
<p>p-valor: <b>&lt;0,001</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sem violência 63 (70,8%)</li> <li>● Com risco 18(20,2%)</li> <li>● Violência Efetivada: 8 (9,0%)</li> </ul> <p><u>Correlação:</u> Depressão Moderadamente Grave com risco de Violência:  p-valor: <b>0,049, r=5,847 [IC1,006--33982]</b></p>	<i>O jeito dele me tratar, ele podia me tratar melhor, enquanto eu estiver esperando a vaga pra ir pra São Paulo, mas ele me trata muito mal, aí eu fico triste, eu choro, é muito ruim[...] Porque eu fico muito depressiva, eu choro muito. Qualquer coisa se falar uma palavra assim eu choro, eu fico triste (E42).</i>

**Fonte:** Elaborado pela autora, 2024.

## **5.4 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS À LUZ DAS CATEGORIAS DO MÉTODO DIALÉTICO**

A teoria que sustenta este estudo é o materialismo dialético. A fim de estabelecer essa relação, foram escolhidas as categorias epistemológicas da Historicidade e da Totalidade. As mudanças demográficas apontam para um aumento exponencial da longevidade da população brasileira. Tais mudanças não ocorrem isoladas de um tempo histórico e das dificuldades sociais e econômicas do país, o que exige uma série de adaptações em relação a essas condições.

Nesse sentido, viver mais não está necessariamente relacionado a viver melhor. Embora a longevidade seja fruto de conquistas tecnológicas e científicas que possibilitam o prolongamento da vida humana, as formas e hábitos de vida das sociedades atuais são igualmente adoecedores e nem sempre contribuem para a realização de escolhas saudáveis no dia a dia.

De acordo com a teoria do paradigma de desenvolvimento ao longo da vida (life span), o desenvolvimento humano é um processo contínuo, em que as mudanças ocorrem por influências genéticas, biológicas e socioculturais. Essas mudanças são mediadas por ganhos e perdas e estão circunstanciadas por características individuais e culturais. Tais influências podem ser classificadas como: normativas graduadas por idade, normativas graduadas por história e não normativas (Abrahão et al., 2022).

O diagnóstico de uma doença crônica corresponde a uma influência não normativa, sendo uma mudança 'inesperada' no curso da vida. Não está diretamente relacionada a eventos biológicos ou ao tempo histórico, mas essas também influenciam as regularidades e diferenças com que esse evento será vivenciado subjetivamente nas trajetórias de vida, buscando compreendê-lo em sua Totalidade. Observa-se o aumento das DCNT, entre elas a DRC é uma das que mais cresce em número de casos no mundo. Trata-se de uma patologia de curso prolongado que impacta diversos aspectos da vida do paciente e da família (Brasil, 2014).

Ao adotar uma perspectiva dialética-crítica, é necessário identificar tensões que considerem a complexidade dos fenômenos estudados. As tensões identificadas estão representadas nos Quadros 2, 3 e 4.

**Quadro 2** - Tensão 1.

<b>Necessidade de Cuidado</b>	Vs.	<b>Satisfação de Cuidado</b>
-------------------------------	-----	------------------------------

**Fonte:** Elaborado pela Autora (2024).

A Tensão 1 corresponde aos achados da presente pesquisa, em que se nota dois polos opostos nessa tensão. Por um lado, há a necessidade de cuidados entre os pacientes com DRC, e, por outro, a satisfação com esses cuidados. Ao longo do processo de adoecimento, vivenciam-se diversas perdas em relação à saúde física, independência, hábitos de vida, questões de trabalho e relações sociais, o que gera a necessidade de cuidados. Contudo, a satisfação desses cuidados está diretamente relacionada às possibilidades de oferta. Na grande maioria dos casos, o suporte familiar foi o mais mencionado nas entrevistas, sugerindo que a família ocupa o papel de principal rede de apoio dessa população.

No entanto, os arranjos familiares são dinâmicos e complexos, o que faz com que esse cuidado seja uma dificuldade em determinados casos. Por exemplo, existem situações em que os pacientes são também cuidadores de filhos pequenos e dependentes ou de pais idosos, ou ainda em que os próprios pacientes são cuidados por pais idosos.

A necessidade de cuidados prolongados é muitas vezes encarada pelos participantes como uma sensação de perda de liberdade, com intensos impactos emocionais, como se fosse um aprisionamento dentro do próprio corpo. O adoecimento implica um processo de luto pela perda da saúde, sendo um momento de crise, causado por uma intensa mobilização emocional, em que o sujeito pode se sentir paralisado pelo problema, sem encontrar recursos para lidar com ele (Brasil, 2019).

Nesse sentido, os relatos dos entrevistados sugerem que as diferentes maneiras de lidar com as dificuldades advindas do adoecimento estão relacionadas à aceitação desse processo. Aceitar que a doença impõe limites à vida não significa que ela torne a pessoa incapaz de viver. Entretanto, para passar por esse processo de luto, é necessário compreender que as perdas mudarão a pessoa para sempre, sendo necessário um esforço de aceitação dessas mudanças.

Em alguns casos, observa-se dificuldade de adaptação, o que tem profundos impactos na qualidade de vida e na adesão ao tratamento. Ao longo da vida, enfrentam-se crises, mas é preciso ressaltar que o cuidado não deve se limitar aos aspectos físicos do adoecimento; os

aspectos psicológicos também devem ser cuidados, pois são esses que permitem encontrar e/ou construir estratégias e recursos de fortalecimento para lidar com essas dificuldades. Um possível caminho para superar essa tensão seria a oferta de espaços de troca de experiências entre os pacientes com DRC, para que possam identificar recursos e estratégias para lidar com as dificuldades da doença, além do acesso a serviços de saúde mental e apoio emocional durante o tratamento.

**Quadro 3** - Tensão 2.

<b>Violência Interpessoal</b>	Vs.	<b>Violência Estrutural</b>
-------------------------------	-----	-----------------------------

**Fonte:** Elaborado pela Autora (2024).

Em relação à Tensão 2, identificou-se, por meio dos relatos, a evidência de violências vivenciadas no nível interpessoal, no contexto microssocial, e, em contrapartida, a violência estrutural, que ocorre mediada por instituições no contexto macrossocial. A violência interpessoal aparece nos relatos com queixas relacionadas a familiares próximos, como companheiro ou ex-companheiro, filhas e filhos, genros, irmãos, pais e mães.

A partir dos relatos, a violência interpessoal é caracterizada por ocorrer no contexto familiar e nas residências dos entrevistados. Dentre os fatores que se mostraram como agravantes dessa situação estão a maior dependência, o isolamento e a ausência de uma ampla rede de apoio. Embora não tenham sido realizadas entrevistas diretas com os cuidadores e familiares neste estudo, pode-se inferir, a partir da literatura, que as demandas geradas por esse cuidado podem acarretar níveis elevados de estresse para os cuidadores familiares. Assim, ao atingir limites de sobrecarga, esses cuidadores podem ser levados a expressões de violência. Tais situações sugerem que compartilhar o cuidado é uma forma de proteção e prevenção da violência contra essa população. Ao mesmo tempo, o isolamento social, bem como a ausência de apoio familiar, também podem ser considerados uma forma de violência.

A violência é um fenômeno complexo, e para analisá-la é necessário considerar as relações socioeconômicas, políticas e culturais. Nesse sentido, toda violência também se revela como parte de estruturas de dominação social. De acordo com Minayo (1994), uma possível definição de violência estrutural seria: violências geradas por estruturas organizadas e

institucionalizadas, que negam conquistas sociais, tornando certos indivíduos mais vulneráveis ao sofrimento e à morte que outros (p. 08).

Os achados do presente estudo sugerem que a falta de informação sobre o tratamento e a doença, bem como a negligência aos aspectos emocionais da DRC, pode ser interpretada como uma forma de violência estrutural. A informação e a compreensão das características da doença revelaram importantes facilitadores da adesão e apropriação do tratamento. Lidar com as mudanças intensas advindas da doença é uma tarefa difícil, mas, quando apoiados pela equipe de saúde e pelos familiares, esse processo se torna mais fácil. Nesse sentido, para superar essa tensão, é fundamental que as equipes de saúde atuem continuamente com os pacientes e familiares, promovendo educação em saúde, esclarecendo dúvidas e identificando possíveis dificuldades de adesão e adaptação.

**Quadro 4** - Tensão 3.

<b>Falado</b>	Vs.	<b>Não Falado</b>
---------------	-----	-------------------

**Fonte:**Elaborado pela Autora (2024).

A Tensão 3 trata do conteúdo falado e não falado. Ao longo do processo de análise da coleta de dados da presente pesquisa, nota-se uma diferença entre os dados quantitativos e qualitativos no que se refere à variável violência. As respostas às perguntas abertas, quando os entrevistados foram questionados diretamente sobre a vivência de violência, foram em grande parte negativas. Entretanto, os resultados brutos dos instrumentos revelam que há um número maior de entrevistados em situação de risco ou efetivamente vivenciando violência. Nesse sentido, essa incoerência pode ser justificada pela própria literatura, quando consideramos os altos índices de subnotificação da violência intrafamiliar. As vítimas dificilmente revelam espontaneamente essa situação e, até mesmo quando questionadas, podem ter dificuldade em expor esse sofrimento.

A percepção social da violência não é única nem universal; trata-se de uma categoria construída histórica e socialmente. Por isso, ao utilizar a palavra 'violência' para descrever determinadas agressões, alguns participantes não identificam suas experiências como tal. Quando fazemos um paralelo com o tipo de violência mais comumente relatada nas entrevistas, encontramos predominância da violência psicológica, com agressões morais e verbais.

No Brasil, a violência psicológica ainda é muito subnotificada, o que está relacionado à natureza difusa e generalizada dessa forma de agressão (Brasil, 2023). A palavra 'violência' parece levar os participantes a relacioná-la diretamente a atos de violência física, o que gera um distanciamento de sua própria realidade, mesmo quando essa violência pode ser identificada em seu discurso. Além disso, o não reconhecimento dessa condição pode estar relacionado ao '[...] medo de denunciar, por relação de dependência com o agressor, medo de agravamento da situação de violência, ou incapacidade devido a alguma fragilidade, dentre outras razões' (Brasil, 2023).

Portanto, a escolha metodológica do presente estudo se revela importante, pois essa tensão sinaliza que os dados quantitativos e qualitativos puderam se complementar e fortalecer os pontos lacunares do estudo, contribuindo para a explicação da falta de convergência entre esses dois tipos de resultados (Creswell, 2007).

## 6. LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Dentre as limitações do presente estudo, pode-se considerar o fato de se tratar de um estudo transversal, em que a coleta de dados foi realizada pontualmente em determinado momento. Ademais, o tamanho da amostra também pode ser considerado uma limitação, visto que uma amostra maior permitiria resultados mais precisos. Embora todos os cuidados éticos tenham sido tomados, as entrevistas foram realizadas nas salas de Terapia Renal Intensiva e, por isso, eventualmente ocorreram interrupções devido às características do próprio contexto de coleta.

## CONCLUSÕES

A partir dos objetivos propostos para este estudo, os resultados permitiram as seguintes conclusões:

Em relação aos dados demográficos, as mulheres indicaram sofrer violência em maior número do que os homens, sendo 23,9% para risco de violência e 13% para violência efetivada. Para os homens, identificou-se 16,3% e 4,7% para as respectivas categorias. Quanto à escolaridade, observou-se maior frequência de risco e de violência efetivada em pessoas com 5 anos ou mais de escolaridade. A violência foi observada com maior frequência nas faixas etárias dos adultos de 40 a 59 anos e nas pessoas idosas de 60 a 69 anos, em comparação com as pessoas idosas de idade mais avançada. Pessoas sem companheiro(a), isto é, solteiros, viúvos, separados e divorciados, bem como aqueles que se declararam brancos, também indicaram maior frequência de violência em relação às demais categorias.

Entre as pessoas entrevistadas, o risco de violência, bem como a violência efetivada, indicaram relações estatisticamente significativas com as variáveis depressão ( $p$ -valor  $< 0,001$ ), quando comparadas àquelas sem depressão, funcionalidade, especificamente nas atividades instrumentais de vida diária ( $p$ -valor = 0,046), fragilidade ( $p$ -valor  $< 0,001$ ) e suporte social; todos os domínios apresentaram relação significativa com a violência.

Os achados resultantes das análises multivariadas, com critério forward de seleção de variáveis, mostraram que as variáveis depressão, fragilidade e sexo foram identificadas como significativamente associadas à violência.

Identificou-se que o tratamento hemodialítico tem profundos impactos não apenas na saúde física, mas também na saúde mental dos pacientes. Aqueles que apresentaram depressão moderadamente grave identificaram  $p$ -valor = 0,049, OR = 5,847 [IC: 1,006–33,982], indicando que esses participantes têm 5,8 vezes mais chances de sofrer violência em comparação àquelas que não têm depressão.

Em relação à fragilidade, aqueles que apresentaram a presença de fragilidade, medida por Tilburg, em algum nível, encontraram  $p$ -valor = 0,017, OR = 6,525 [1,397–30,488], indicando que esses participantes possuem 6,5 vezes mais chances de sofrer violência quando comparados àquelas que não são frágeis.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As categorias e subcategorias reveladas na análise dos dados qualitativos demonstram que, na categoria Suporte Social, é necessário ir além da condição clínica da pessoa em tratamento hemodialítico, tanto no sentido do apoio informal quanto, e especialmente, no apoio formal. Orientações, informações e confiança na relação entre os membros da equipe de saúde e o paciente, bem como entre os próprios pacientes, revelam percepções acerca de um cuidado mais amplo e complexo. Essas relações, no entanto, foram percebidas em algumas situações como distantes e conflituosas.

A categoria Adesão ao Tratamento evidenciou relatos de sofrimento emocional, que poderiam ser amenizados por meio de informação e orientação. Isso ressalta a importância da participação do paciente na tomada de decisões durante o processo de tratamento, assim como do acolhimento ao longo de diferentes momentos, que nem sempre estão relacionados a aspectos técnicos específicos do tratamento. É fundamental considerar que o ambiente de tratamento e as relações interpessoais que nele se desenrolam também fazem parte do processo terapêutico.

A categoria Implicações do Tratamento é uma das que apresenta maior quantidade de evidências na literatura científica. Neste estudo, a abordagem qualitativa destacou a relevância do tratamento para a manutenção e melhora das condições de saúde, mas também revelou as condições relacionadas à saúde mental decorrentes da transformação da vida cotidiana, das novas escolhas e imposições que transcendem o âmbito do tratamento em unidades de saúde. A perda de condições econômicas e financeiras em função da perda ou mudança na vida laboral e social requer um aprofundamento científico dos aspectos psicossociais envolvidos.

Na categoria Cuidados, emergiu das entrevistas e do genograma que o suporte social, composto pelo apoio formal e informal, pode apresentar déficits em função da qualidade das relações entre os membros da família, tanto para aqueles que vivem sob o mesmo teto quanto entre o entrevistado e outros parentes. É necessário considerar as necessidades de apoio recebido e ofertado, levando em conta o número de pessoas, as condições de saúde e o potencial para efetivar o apoio e os cuidados entre os membros. Foram encontrados arranjos familiares nos quais o entrevistado desempenha o papel de provedor de cuidados a filhos adultos ou crianças. A qualidade das relações familiares relatada indicou relações distantes e conflituosas, com potencial de gerar sobrecarga na oferta de cuidados e apoio informal, o que pode aumentar

o risco ou efetivação de violência.

A categoria Violência revelou uma faceta que merece atenção, indicando a necessidade de focar com maior intensidade o fenômeno estudado. A violência permeia a sociedade de diferentes maneiras, e as pessoas em tratamento hemodialítico relataram suas percepções de forma explícita ou implícita por meio da aplicação do instrumento quantitativo. No entanto, como aponta a literatura sobre violência, o silêncio também emergiu neste estudo. A falta de informação sobre o tratamento e a doença, bem como a negligência aos aspectos emocionais da DRC, foram apontadas como uma queixa dos participantes. Isso pode ser interpretado como uma forma de violência estrutural, revelando aspectos que ainda precisam ser trabalhados pelas instituições e equipes de saúde que atendem essa população.

A escolha do método misto possibilitou medir objetivamente a violência, assim como os silêncios ou a negativa nas respostas específicas, evidenciando aspectos que ainda precisam ser abordados por meio de diferentes políticas públicas, como as de saúde, assistência e cuidados em contextos de países em desenvolvimento, que ainda precisam conquistar e efetivar direitos humanos essenciais. Isso foi revelado nesta pesquisa ao integrar dados quantitativos e qualitativos.

Este estudo deixa reflexões acerca das tensões que surgem, apoiadas em reflexões impulsionadas pela análise possibilitada pelo método dialético. A superação dessas tensões não pode ser concluída neste trabalho, mas continuam a emergir possibilidades baseadas no aprimoramento da formação dos profissionais de saúde, com a priorização da atenção centrada na pessoa. O levantamento de evidências por meio de estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos para fenômenos multidimensionais e complexos envolvendo seres humanos possibilitará embasar o aprimoramento e a implementação de políticas públicas de cuidado e saúde.

Este estudo traz contribuições para a área da gerontologia, visto que pacientes com DRC em hemodiálise em estágios graves da doença convivem por muitos anos com o tratamento. Esse tipo de cuidado vem suscitando novas reflexões em decorrência da longevidade, especialmente quando o tratamento se inicia em uma fase da vida em que a pessoa já é idosa. Para a área da psicologia, este estudo contribui ao abrir novas frentes de trabalho com a longevidade e com questões biopsicossociais, além de evidenciar a importância de considerar os aspectos subjetivos da doença em condições e ambientes de saúde de alta complexidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A. R. R. et al. **Teorias psicológicas do envelhecimento**. In: ZAZZETTA, M. S. INOUE, K. Temas em Gerontologia, São Carlos: EDUFSCAR, 2022.

ALBERNAZ, A. G. M.; SOUZA, S. L.; LEMES, M.M.D. Adolescentes em hemodialise: qual a qualidade de vida?. **Estudos – vida e saúde**. V. 37 n. 2, p. 63-82, 2010. EDITORA SCIENTIFIC.

ALENCAR, Saulo B.V. de *et al.* Depression and quality of life in older adults on hemodialysis. **Brazilian Journal Of Psychiatry**, [S.L.], v. 42, n. 2, p. 195-200, abr. 2020. EDITORA SCIENTIFIC.

ANJOS, K.F, BOERY, R.N.S.O, PEREIRA, R. Quality of life of relative caregivers of elderly dependents at home. **Texto Contexto Enferm**. 2014;23(3):600- 8.

ANTHONY, James C. *et al.* Limits of the ‘Mini-Mental State’ as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. **Psychological Medicine**, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 397-408, maio 1982. Cambridge University Press (CUP).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia de atenção à reabilitação da pessoa idosa**. Brasília : Ministério da Saúde, 2021. 144 p.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 91 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica**. 2014. p.: 37 p.: il.

BRASIL.Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, DF: Autor. 2010.

BRASIL.**Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Especializada e Temática**. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 37 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo. Edições 70, 2016.

BARRETO, Luana Vitro *et al.* Associação da espiritualidade, qualidade de vida e depressão em familiares de idosos com demências. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 36, p. 01-10, fev. 2023. Acta Paulista de Enfermagem.

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.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al.. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 01–07, mar. 1994.

CAMARANO, A. A. **Os idosos brasileiros: muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022. 22 p. – (Textos para Discussão; n. 89).

CAMARANO; A.A.C.; FERNANDES, D. **Envelhecimento da População Brasileira: Contribuição Demográfica**. In FREITAS, E. V. Tratado de geriatria e gerontologia. 5. ed. - Rio de Janeiro :Guanabara Koogan, 2022. 1472 p. : il. ; 28 cm.

CARVALHO, F.J.W. **Envelhecimento do Rim**. In FREITAS, E. V. Tratado de geriatria e gerontologia. 5. ed. - Rio de Janeiro :Guanabara Koogan, 2022. 1472 p. : il. ; 28 cm.

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.). **Atlas da violência 2024**. Brasília: Ipea; FBSP, 2024.

COUTINHO, M.P.L. *et al.* Depressão e insuficiência renal crônica:: uma análise psicossociológica. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 449-459, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CHOWDHURY, R.; PEEL, N.M.; KROSCH, M.; HUBBARD, M. R .E. Frailty and chronic kidney disease: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. v.68, s/n, p.135-142. 2017.

DADALTO, L.; MASCARENHAS, I. L.; MATOS, A. C. H. Salvem também os idosos: etarismo e a alocação de recursos na realidade brasileira de combate à COVID. **Civilistica.Com**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 9, p. 1-19, 2020.

DOMINGUES, M.A.R.; DUARTE, Y. A. O. **Rede de suporte social e envelhecimento: instrumento de avaliação**. São Paulo: Blucher, 2020. 244 p.

FERREIRA, Pedro Lopes; FERREIRA, Lara Noronha; PEREIRA, Luis Nobre. Contribution for the validation of the Portuguese version of EQ-5D. **Acta medica portuguesa**, v. 26, n. 6, p. 664-675, 2013.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 26, p. 265-272, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO).

FONTOURA, N. **Debates conceituais em torno do cuidado e de sua provisão.** In CAMARANO, Ana Amélia; PINHEIRO, Luana (org.). Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil. Rio de Janeiro: Ipea, 2023. il. color. ISBN: 978-65-5635-057-8.

FLUENTES, D.; COSENZA, R. M. (orgs). **Neuropsicologia do envelhecimento:** uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GESUALDO, G. D. et al.. Fragilidade e fatores de risco associados em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4631–4637, nov. 2020.

GOBBENS, Robbert J.J.; VAN ASSEN, Marcel A.L.M.; LUIJKX, Katrien G.; WIJNEN-SPONSELEE, Maria Th.; SCHOLS, Jos M.G.A.. Determinants of Frailty. **Journal Of The American Medical Directors Association**, [S.L.], v. 11, n. 5, p. 356-364, jun. 2010. Elsevier BV.

GONÇALVES, J.G.; LUGON, J.R.; NASCIMENTO, M.M. do; SESSO, R.C.. Demographics and clinical features of elderly patients undergoing regular dialysis in Brazil. **Brazilian Journal Of Medical And Biological Research**, [S.L.], v. 54, n. 4, p. 1-6, 2021. FapUNIFESP (SciELO).

GROUP, The EuroQol. EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. **Health policy**, v. 16, n. 3, p. 199-208, 1990.

HEJAZI, S. S.; HOSSEINI, M.; EBADI, A. et al. Componentes da qualidade de vida em pacientes em hemodiálise da perspectiva dos cuidadores familiares: um estudo qualitativo. **BMC Nephrology**, v. 22, p. 379, 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população:** Brasil e unidades da federação. Revisão 2018.

IBGE. Censo Demográfico 2022:**População por idade e sexo.** Resultados do universo Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2023

KARADAG, E. , UGUR, O. , MERT, H. , ERUNAL, M. "The Relationship Between

Psychological Resilience and Social Support Levels in Hemodialysis Patients" . **Journal of Basic and Clinical Health Sciences** 3 (2019 ): 9-15

KOOMAN, J. P. *et al.* Kidney disease and aging: a reciprocal relation. **Experimental Gerontology**, [S.L.], v. 87, p. 156-159, jan. 2017. Elsevier BV.

KONDER, Leandro. **O que é dialética** – São Paulo. Ed. Brasiliense, 2008 – (Coleção Primeiros Passos, 231 p.) 6ª reimpressão do 28º ed. 1981.

KROENKE, Kurt; SPITZER, Robert L.; WILLIAMS, Janet B. W.. The PHQ-9. **Journal Of General Internal Medicine**, [S.L.], v. 16, n. 9, p. 606-613, set. 2001. Springer Science and Business Media LLC.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**. 1969;9:179–85

LEONE, E. T.; MAIA, A. G.; BALTAR, P. E.. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. *Economia e Sociedade*, v. 19, n. 1, p. 59–77, abr. 2010.

LEMOS, N.; MEDEIROS, S.L. **Suporte Social ao Idoso Dependente** In FREITAS, E. V. Tratado de geriatria e gerontologia. 5. ed. - Rio de Janeiro :Guanabara Koogan, 2022. 1472 p. : il. ; 28 cm.

LEITE, A. K.; LOVADINI, vinicius de lima; DOS SANTOS, T. M.; DE OLIVEIRA, B. R. S. M.; FERREIRA, L. B. Capacidade funcional do idoso institucionalizado avaliado pelo KATZ: Functional capacity of the institutionalized elderly evaluated by the KATZ. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 91, n. 29, 2020.

LINS, S. M. S. B. *et al.* Adesão de portadores de doença renal crônica em hemodiálise ao tratamento estabelecido. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2018, v. 31, n. 1, p. 54-60. ISSN 1982-0194.

LOPES, S. R.; VIRTUOSO, J. J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais de vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** [online]. 2008, 21(4), 290- 296[fecha de Consulta 26 de Julio de 2023]. ISSN: 1806-1222.

MAIA, Rodrigo da Silva; MAIA, Eulália Maria Chaves. Adaptação transcultural para o português (Brasil) da Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) para rastreamento da violência contra idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 7, p. 1379-1384, jul. 2014. FapUNIFESP (SciELO).

MANEUCHEHRY, H.; GHORBY, B. A quantidade e os tipos de violência doméstica em idosos referidos nos Parques de Teerã. **Jornal da Escola de Enfermagem Obstetrícia Beheshti**. 2008;18(62):37–43.

MARINHO, C.L.A, OLIVEIRA, J.F, BORGES, J.E.S, SILVA, R.S, FERNANDES, F.E.C.V. Quality of life of people with chronic kidney disease on hemodialysis. *Rev. Rene.* (Online). 2017 [cited 2018 Sep 24]; 18 (3): 396-403.

MAHMOUDIAN, Amaneh; SHAMSALINIA, Abbas; ALIPOUR, Atefeh; FOTOUKIAN, Zahra; GHAFFARI, Fatemeh. Structural equation model of affecting factors on elder abuse to patients under hemodialysis by family caregivers. *Bmc Geriatrics*, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 01-14, 12 jun. 2021.

MERINO-SOTO, Cesar et al. Medical outcomes study social support survey (MOS-SSS) in patients with chronic disease: A psychometric assessment. *Frontiers in Psychiatry*, v. 13, p. 1028342, 11 jan. 2023.

MENDOZA-NÚÑEZ, V. M.; GONZÁLEZ-MANTILLA, F.; CORREA-MUÑOZ, E.; RETANA-UGALDE, R. Relationship between Social Support Networks and Physical Functioning in Older Community-Dwelling Mexicans. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 14, n. 9, p. 993, 2017.

MINAYO, M.C.S. **Violência contra a Pessoa Idosa: Castigo do Corpo e Mortificação do Eu** In FREITAS, E. V. Tratado de geriatria e gerontologia. 5. ed. - Rio de Janeiro :Guanabara Koogan, 2022. 1472 p. : il. ; 28 cm.

MINAYO, M. C. de S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde pública*, n. 10, pp. 7-18, suplemento 1, 1994.

MINAYO, M. C. DE S.. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621–626, mar. 2012.

MOTA, G. M. P.; SANTOS, L. E. S.; MACHADO, T. J; ZAZZETTA, M.S. **Pessoas idosas, família e redes de suporte social**. In MELHADO, V.R. ; FERREIRA, J. P. *Gerontologia: perspectivas teórico-práticas*.Campinas, SP: Editora alínea, 2022.

MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. (2023) Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado?.**Estudo Institucional** n. 10. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

NERI, A.L. Conceitos e teorias sobre envelhecimento. In: MALLOY-DINIZ, L. F.; NERI, A. L. **Palavras-chaves em gerontologia**. Campinas, SP: Editora Alínea (coleção velhice e sociedade) 2019.

NERBASS, F. B. et al.. Brazilian Dialysis Survey 2021. *Brazilian Journal of Nephrology*, n. ahead.

NUNES FILHO, J. C. C. et al.. Chronic kidney disease prevention campaign: relationship

between proteinuria and elderly people. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 45, n. 2, p. 162–168, jun. 2023.

Nogueira CJ, Cortez ACL, Leal SMO, Dantas EHM. Recomendações para a prática de exercício físico em face do COVID-19: uma revisão integrativa. **Rev Bras Fisiol Exerc** 2021.

OMS. Relatório mundial sobre o idadismo. Washington, D.C.: **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2022. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OMS. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. OMS, **Organização Mundial de Saúde**. Version of the Introduction to the World Report on Violence and Health (WHO): Geneve: WHO, 2002, authorized by the authors.

OLIVEIRA, NHD. Recomeçar: família, filhos e desafios [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: **Cultura Acadêmica**, 2009. 236 p.

OLIVEIRA, L. M. Et al. Relação Entre A Violência Psicológica, Depressão E Sociodemograficos Em Idosos Atendidos No Ambiente Hospitalar. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 98, n. 1, p. e024246, 2024.

PINTO, Cândida; PAIS-RIBEIRO, José Luís. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. **Arquivos de Medicina-Porto-**, v. 21, n. 2, p. 47, 2007.

RABELO; D. F.; FLESCHE, L. D. **A Família da Pessoa Idosa: configurações, relacionamentos e cuidado**. In FREITAS, E. V. Tratado de geriatria e gerontologia. 5. ed. - Rio de Janeiro :Guanabara Koogan, 2022.

RIBEIRO, M. N. S. et al. Scientific evidence on the practice of violence against elderly people: integrative review. **Acta Paulista de Enfermagem** [Internet], 2021.

RODRIGUES, Natália Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo fibra, campinas, sp, brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 17, n. 8, p. 2129-2139, ago. 2012. FapUNIFESP (SciELO).

ROMÃO JUNIOR, J.E.. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **Braz. J. Nephrol.**, v. 26, n. 3 suppl. 1, p. 1-3, set. 2004.

ROMERO, D.; CASTANHEIRA, D.**Boas práticas na gestão de saúde da pessoa idosa: políticas públicas e promoção da saúde na prática do SUS – Rio de Janeiro** : Editora ICICT-Fiocruz, 2020. 198p.

ROMERO, D. **A epidemiologia do envelhecimento: novos paradigmas?**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022. 40 p. – (Textos para Discussão; n. 90 ).

ROSANSKY, Steven J.; SCHELL, Jane; SHEGA, Joseph; SCHERER, Jennifer; JACOBS, Laurie; COUCHOUD, Cecile; CREWS, Deidra; MCNABNEY, Matthew. Treatment decisions for older adults with advanced chronic kidney disease. **Bmc Nephrology**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 02-10, 19 jun. 2017.

SANTOS, Iná S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 29, n. 8, p. 1533-1543, ago. 2013. FapUNIFESP (SciELO).

SANTOS, A. M. R. DOS . et al.. Violência contra o idoso durante a pandemia COVID-19: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE000336, 2022.

SANTOS, D. G. M. DOS . et al.. Association between frailty and depression among hemodialysis patients: a cross-sectional study. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 140, n. 3, p. 406–411, maio 2022.

SANTOS, T. A. DOS . et al.. O Materialismo Dialético E A Análise De Dados Quantitativos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. e0480017, 2018.

SANTOS, R. DA C. et al.. The relationship of general, physical, and psychological violence with depressive symptoms and cognition in elders (cross-sectional study). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 3, 2023.

SANTINI, Z. I. *et al.* Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP):: a longitudinal mediation analysis. **Lancet Public Health**, Copenhagen, Denmark, v. 5, p. 62-70, 2020.

SANTIAGO, Livia Maria; LUZ, Laércio Lima; MATTOS, Inês Echenique; GOBBENS, Robbert J. J.. Adaptação transcultural do instrumento Tilburg Frailty Indicator (TFI) para a população brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 28, n. 9, p. 1795-1801, set. 2012.

SADROLLAHI, A.; KHALILI, Z.; GHORBANI, M., MAHMOODI, M. A prevalência de vários tipos de abuso e seus fatores associados em idosos. *Revista de Pesquisa em Saúde*. 2020;10(1):59–66.

SALDANHA, Fabiana B Nerbass Helbert do Nascimento Lima Fernando; VIEIRA NETO, THOMÉ, O. M.; SESSO, R.; LUGON, J. R. Censo Brasileiro de Diálise 2021. *Braz. J. Nephrol.*, v. 00, n. 00, p. 00-00, nov. 2022.

SCHOFIELD, M.J.; REYNOLDS, R., MISHRA, S.D.; PAWERS, J.R., DOBSON, A.J. Screening for vulnerability to abuse among older women: women’s health Australia study. **J Appl Gerontol** [Internet] 2002 [acesso em 20 mai 2015];21(1):24-39.

SCHOFIELD, Margot J.; MISHRA, Gita D.. Validity of Self-Report Screening Scale for Elder Abuse: women's health australia study. **The Gerontologist**, [S.L.], v. 43, n. 1, p. 110-120, fev. 2003.Oxford University Press (OUP).

SCOTT, H. R.; PITMAN, A.; KOZHUHAROVA, P.; LLOYD-EVANS, B. A systematic review of studies describing the influence of informal social support on psychological wellbeing in people bereaved by sudden or violent causes of death. **BMC Psychiatry**, v. 20, n. 1, p. 265, 2020.

SIQUEIRA, Renata Lopes de; BOTELHO, Maria Izabel Vieira; COELHO, France Maria Gontijo. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 7, n. 4, p. 899-906, 2002. FapUNIFESP (SciELO).

SLUZKI, C.E. A rede social na prática sistêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TELES, M.A.B.; SILVA, R.F.; MEDRADO, K.D.M.; et al. Avaliação Da Capacidade Funcional De Idosos Cadastrados Em Uma Estratégia Saúde Da Família. **Rev enferm**, [S.L.], 2621-2627, 2017.

TRIVIÑOS, A. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2013.

TOMÉ, A. M.; FORMIGA, N. S. Theories and perspectives about aging: concepts and reflections. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 7, p. e874974589, 2020.

TZANNO-MARTINS, C.. (2018). Reflections on End-of-Life Dialysis. **Brazilian Journal of Nephrology**, 40(3), 209–212.

**ANEXOS**

## ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS -GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

**RISCO DE VIOLÊNCIA, SUPORTE SOCIAL, ESPIRITUALIDADE E  
RELIGIOSIDADE EM PESSOAS ADULTAS E IDOSAS COM DOENÇA RENAL  
CRÔNICA NO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.**

Pesquisadoras responsáveis: Bruna Giovana Modesto e Marisa Silvana Zazzetta Telefone  
para contato: (16) 993166638  
E-mail: [brunamodesto06@gmail.com](mailto:brunamodesto06@gmail.com); [marisam@ufscar.br](mailto:marisam@ufscar.br)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Resolução CNS 466/2012)

O(A) Sr(a) está sendo convidado como voluntário(a) a participar da pesquisa: **Risco de Violência, Suporte Social, Espiritualidade e Religiosidade em Pessoas Adultas e Idosas com Doença Renal Crônica no Tratamento Hemodialítico**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a(s) pesquisador(as) ou com a instituição que forneceu os seus dados. O presente estudo tem como objetivo analisar e compreender as trajetórias de pacientes em Tratamento Hemodialítico em relação ao apoio social, composição familiar, depressão, fragilidade, funcionalidade, espiritualidade, religiosidade, adesão ao tratamento, qualidade de vida e o risco de violência.

O Sr(a) foi selecionado (a) por ter idade igual ou superior a 40 anos e por realizar tratamento hemodialítico e frequentar uma das duas Unidade de Terapia Renal Substitutiva (UTRS) dos municípios onde o estudo será realizado. Primeiramente convidamos a responder algumas questões cognitivas, que tenham foco na sua memória, atenção, linguagem e outros, na sequência uma entrevista semiestruturada com tópicos sobre diversos aspectos que envolvem a sua trajetória de vida passada e atual, e de apoio social. Posteriormente, será convidado a responder outras questões sobre suas condições de saúde. A entrevista terá um tempo de aproximadamente 50 minutos, ocorrendo no próprio local onde o(a) sr(a) realiza o tratamento. O sr(a) não será submetido(a) a nenhum tipo de tratamento sem o seu consentimento e ciência, e pode a qualquer momento se desligar da pesquisa. Ressalto que tiraremos qualquer dúvida que o(a) sr(a) apresentar. Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas. As gravações realizadas durante a entrevista serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha a fidedignidade dos relatos.

Algumas perguntas podem ser invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que as informações são sigilosas e não serão divulgadas de maneira a expor o participante. No entanto, a participação na pesquisa pode gerar risco de cansaço ao responder os questionários, estresse e desconforto, constrangimento, alguma emoção como tristeza ou hipertensão/hipotensão arterial, condições que são decorrentes do próprio tratamento como

resultado da exposição de questões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações e/ou de pessoas próximas. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Em caso de alguma intercorrência durante a avaliação, o profissional de saúde presente na unidade será acionado, fornecendo todo o suporte e cuidado que o paciente necessite. E caso haja o encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-lo(a) e encaminhá-lo(a) para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da Gerontologia e da Nefrologia, para a construção de novos conhecimentos e para a identificação de novas alternativas e possibilidades para as pessoas com doença renal crônica e que estão em tratamento hemodialítico.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o(a) senhor(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo, seja em sua relação à pesquisadora, à Instituição que frequenta ou à Universidade Federal de São Carlos. Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja citação de nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação. Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas. As gravações realizadas durante a entrevista semiestruturada serão transcritas pela pesquisadora, garantindo a fidelidade.

Todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. O Sr(a) terá a garantia de acesso aos resultados da pesquisa, mediante devolutiva específica do pesquisador para os voluntários que participaram do estudo, garantimos que será realizada em formato acessível à população participante e instituições, podendo ser realizadas em encontros presenciais com a entrega de folhetos com os principais resultados.

O Sr(a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas pela pesquisadora, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. O Sr(a) poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado com base na resolução CNS 466/12 "Consentimento livre e esclarecido: anuência do participante da pesquisa ou de seu representante legal, livre de simulação, fraude, erro ou intimidação, após esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos". O projeto foi aprovado **pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP)** da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), localizada na Rodovia Washington a Luis, km. 235 – Caixa Postal 676 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

O CEP está vinculado à **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)** do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes

regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315- 5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

Se tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (016) 993166638 com a pesquisadora Bruna G. Modesto ou (016) 997826697 ou ir até o Departamento de Gerontologia na Universidade Federal de São Carlos e procurar a Prof. Dr. Marisa Silvana Zazzetta.

E-mail: [brunamodesto06@gmail.com](mailto:brunamodesto06@gmail.com); [marisam@ufscar.br](mailto:marisam@ufscar.br)

Eu, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios, da minha participação nesta pesquisa e concordo em participar. Declaro que tive o consentimento livre e esclarecido e **me foi dada a oportunidade de ler, esclarecer qualquer dúvida e ter uma cópia do mesmo.**

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

---

Nome do Participante

Assinatura do Participante

## ANEXO B

## ENTREVISTA

Nome do Entrevistado:.....Data:.....

1. IDENTIFICAÇÃO		
Cenário da prática: _____		
Sexo:            ( ) Feminino            ( ) Masculino		
Profissão/ ocupação atual: _____ Profissão/ ocupação anterior: _____ Aposentado: ( ) Sim ( ) Não    Há quanto tempo? _____		
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ ( ____ anos)		
Naturalidade: _____ Estado: _____ País: _____		
Raça: _____		
Crença Religiosa: _____ É praticante? ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo? _____		
Frequência: _____ vezes ( ) semana ( ) mês ( ) ano		
Estado Civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Separado ( ) Divorciado Há quanto tempo? _____		
Renda mensal Salário mínimo vigente: R\$ _____		
Valor	Idoso	Família (valor bruto total)
Até 01 salário mínimo	( )	( )
De 01 a 02 salários mínimos	( )	( )
De 02 a 03 salários mínimos	( )	( )
De 03 a 05 salários mínimos	( )	( )
De 05 a 10 salários mínimos	( )	( )
De 10 a 20 salários mínimos	( )	( )
Escolaridade:		
( ) Analfabeto    ( ) Alfabetizado sem escolarização		
( ) Ensino fundamental incompleto Até que série? _____ Número de anos que estudou: _____		
( ) Ensino fundamental completo		
( ) Ensino médio incompleto Até que série? _____ Número de anos que estudou: _____		
( ) Ensino médio completo		
( ) Superior incompleto		Número de anos que estudou: _____
( ) Superior completo ( ) Pós-Graduação		



## ANEXO C

## MINI EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM

## SOMATÓRIA DOS PONTOS/ NOTA DE CORTE SEGUNDO A ESCOLARIDADE:

**Nota de corte:**

**Analfabetos** (se souber escrever o nome, mas não frequentou a escola) 13 pontos.

**Baixa e Média Escolaridade** \_\_\_\_\_ 18 pontos.

**Alta Escolaridade** \_\_\_\_\_ 26 pontos.

**Pontuação máxima** \_\_\_\_\_ 30 pontos

- Mesmo que o idoso seja analfabeto, aplique todas as questões.

**Agora, farei algumas perguntas e gostaria que você prestasse atenção em cada uma delas, dando sua melhor resposta.**

1) **Que dia da semana é hoje?** \_\_\_\_\_ ( )

- Se omitir siga continuamente até concluir as questões .

2) **Que dia do mês é hoje?** \_\_\_\_\_ ( )

3) **Em que mês nós estamos?** \_\_\_\_\_ ( )

4) **Em que ano nós estamos?** \_\_\_\_\_ ( )

5) **Sem olhar no relógio, diga a hora aproximada** \_\_\_\_\_ ( )

- Considere a variação de mais ou menos uma hora.

6) **Em que local específico nós estamos?** \_\_\_\_\_ ( )

- Pergunte apontando para o chão que o local é este. Ex. Consultório, dormitório, sala, quarto.

7) **Que local é este aqui?** \_\_\_\_\_ ( )

- Apontando ao redor em um sentido mais amplo, pergunte onde o local específico se insere. Ex. Hospital, casa de repouso, própria casa.

8) **Qual é o endereço onde estamos?** \_\_\_\_\_ ( )

- Considere correto o nome do bairro ou o nome de uma rua próxima.

9) **Em que cidade nós estamos?** \_\_\_\_\_ ( )

10) **Em que estado nós estamos** \_\_\_\_\_ ( )

11) **Eu vou dizer três palavras e QUERO QUE VOCÊ REPITA em seguida.**

VASO ( )

CARRO ( )

TIJOLO ( )

- Fale os três objetos claramente e devagar, dando cerca de 1 segundo de intervalo entre uma palavra e outra;
- Peça ao idoso para repeti-las;
- Dê 1 ponto para cada palavra repetidas corretamente na 1ª vez. A pontuação é baseada somente na primeira repetição;
- Se houver erro, deve repetir as palavras até 5 vezes para o aprendizado e realização do item 13. Registre o número de tentativas:

### 12) Quanto é 100 menos 7?

- Depois da resposta, pergunte novamente: E  $93 - 7$ ?
- E assim sucessivamente até completar as 5 subtrações.
- Se errar, aguarde um momento sem dizer nada, esperando correções espontânea. Se não acontecer, sem dizer que errou, continue a subtração a partir do resultado correto. Continue os cálculos até o fim, pois a interferência deve ser sempre igual.

Faça as cinco subtrações, independente das respostas;

- a)  $100 - 7$ .....(93) ( )      d)  $79 - 7$ .....(72) ( )
- b)  $93 - 7$ ..... (86) ( )      e)  $72 - 7$  .....(65) ( )
- c)  $86 - 7$ ..... (79) ( )

### 13) Quais foram as palavras que eu pedi para o (a) Sr (a). repetir agora há pouco?

- Peça ao idoso para repetir as três palavras ditas no item 11;
- Anote as palavras lembradas, independente da sequência em que foram ditas.

..... ( ) ..... ( ) ..... ( )

### 14) O que é isto?

- Pergunte mostrando o relógio
- Faça o mesmo com a caneta

Relógio .....( )

Caneta .....( )

### 15) Eu vou dizer uma frase e DEPOIS QUE EU TERMINAR, quero que o Sr(a) repita:.....( )

- Apenas 1 tentativa

**“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.**

**16) Eu darei 3 ordens e você só as realizará DEPOIS QUE EU TERMINAR DE FALAR:**

- Arranque a folha em branco que está no final deste caderno dê os três comandos e depois dê o papel para o idoso, segurando com as duas mãos.

**Pegue o papel com sua mão direita**..... ( )

**Dobre-o ao meio**..... ( )

**Ponha-o no chão**..... ( )

**17) Leia e faça o que está escrito** ..... ( )

- Mostre a frase “Feche os olhos”, que está escrita em letras grandes, no fim deste caderno.
- Se em um primeiro momento ele apenas ler, peça novamente para fazer o que está escrito;
- Caso leia sem fazer o que está escrito considere incorreto;

**“FECHE OS OLHOS”****18) Escreva uma frase**

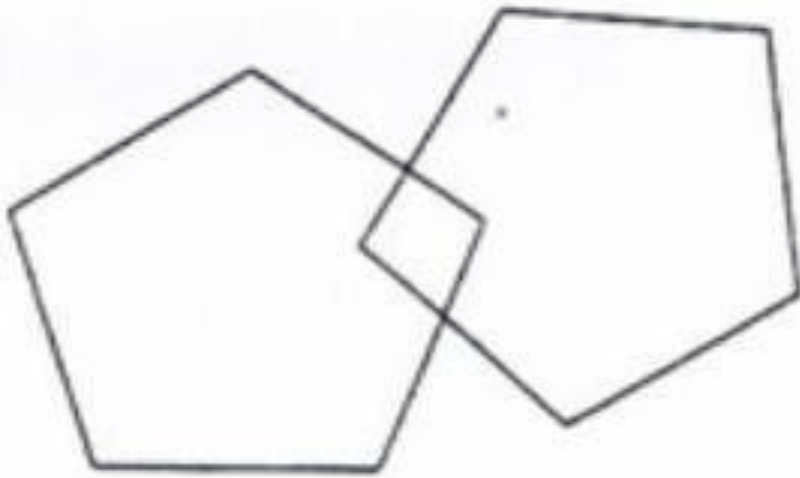
..... ( )

- Peça para escrever uma frase com começo, meio e fim;
- Considere correto se a frase tiver sentido;
- Erros de gramática e ortografia são desconsiderados

**19) Copie este desenho:**

..... ( )

- É considerado correto se ambas as figuras tiveram cinco lados e a intersecção entre elas;
- Pedir para copiar no espaço em branco da página ao lado;
- Some os pontos e registre no local indicado com a respectiva nota de corte segundo o grau de escolaridade.



## ANEXO D

## PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE – 9 (PHQ-9)

	Nenhum Dia	Menos de Uma Semana	Uma Semana ou Mais	Quase Todos os Dias
1) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?	0	1	2	3
2) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu pra baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva ?	0	1	2	3
3) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do eu de costume?	0	1	2	3
4) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentou cansado(a) ou com pouca energia?	0	1	2	3
5) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais ?	0	1	2	3
6) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou eu é uma fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?	0	1	2	3
7) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?	0	1	2	3
8) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto de outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?	0	1	2	3
9) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) pensou em se ferir de alguma forma ou eu seria melhor estar morto(a)	0	1	2	3
10) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relaciona com as pessoas?	(0) Nenhuma dificuldade (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Extrema dificuldade			

## ANEXO E

## Vulnerability Abuse Screening Scale (VASS)

1. O(A) Sr.(a) tem medo de alguém da sua família?	( ) sim ( ) não
2. Alguma pessoa próxima ao(a) Sr.(a) tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente?	( ) sim ( ) não
3. Alguma pessoa próxima ao(a) Sr.(a) te xingou, humilhou ou fez o(a) Sr.(a) se sentir mal recentemente?	( ) sim ( ) não
4. Na sua casa, o seu espaço e privacidade são respeitados?	( ) sim ( ) não
5. O(A) Sr.(a) confia na maioria das pessoas da sua família?	( ) sim ( ) não
6. O(A) Sr.(a) consegue tomar sua medicação e andar para lugares que precisa ir sem a ajuda de alguém?	( ) sim ( ) não
7. O(A) Sr.(a) se sente, na maioria das vezes, triste ou solitário(a)?	( ) sim ( ) não
8. O(A) Sr.(a) se sente rejeitado(a) por pessoas que são próximas ou íntimas do(a) Sr.(a)?	( ) sim ( ) não
9. O(A) Sr.(a) se sente incomodado(a) quando está perto de alguém da sua família?	( ) sim ( ) não
10. Alguém da sua família te obriga a ficar na cama ou fala que o(a) Sr.(a) está doente quando o(a) Sr.(a) sabe que não está?	( ) sim ( ) não
Alguém já o(a) obrigou a fazer coisas que o(a) Sr.(a) não queria fazer?	( ) sim ( ) não
Alguém já pegou coisas que te pertencem sem a sua permissão?	( ) sim ( ) não

escore total= 0 a 12  
 Pontuações acima de 3 são  
 indicativas de risco de violência  
 valores superiores a 7 pontos  
 podem sugerir uma violência já  
 efetivada

## ANEXO F

## Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS)

<b>Apoio Social: Medical Outcomes Study (MOS)</b>
Objetivo: avaliar o apoio social. Foi desenvolvido por Sherbourne e Stewart em 1991. A versão brasileiro é de Andrade (2001).
Avaliação dos resultados: os escores para cada domínio variam de 20 a 100 pontos. Quanto maior a pontuação, maior o nível de apoio social.
Referência: SHERBOURNE, C.D; STEWART, A.L. The MOS Social Support Survey. Social Science and Medicine, v.36 n.6. p. 705-714, 1991. ANDRADE, C. R. Associação entre apoio social e frequência relatada de auto-exame das mamas no Estudo Pró- Saúde. [Dissertação de Mestrado] Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

As seguintes questões fazem referência ao apoio ou ajuda de que dispõe

1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos têm? (Pessoas com as que esta á vontade e pode falar de tudo o que quiser). Escreva o número de amigos e familiares próximos: \_\_\_\_\_

TIPO DE APOIO	QUESTÕES	Pontuação obtida (soma das questões)	Pontuação final (pontuação obtida : 20) X 100
Apoio material	2, 5, 12, 15		
Apoio afetivo	6, 10, 20		
Apoio emocional	3, 9, 16, 19		
Apoio interação social positiva	7, 11, 14, 18		
Apoio de informação	4, 8, 13, 17		
*Para a dimensão Apoio afetivo, a pontuação final 0 : (pontuação obtida: 15) X 100			

A gente procura outras pessoas para ter companhia, assistência ou outro tipo de ajuda. Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa? Assinale com um círculo um dos números de cada fila:

TIPO DE APOIO	Nunca (1)	Raramente (2)	Às vezes (3)	Quase sempre (4)	Sempre (5)
2. Alguém que o ajude se estiver doente, de cama.					
3. Alguém para lhe ouvir quando você precisa falar					
4. Alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise					
5. Alguém para lhe levar ao médico					
6. Alguém que demonstre afeto e amor por você					

7. Alguém para se divertir junto					
8. Alguém para lhe dar uma informação que o ajude a compreender determinada situação					
9. Alguém em quem confiar para falar de você ou sobre os seus problemas					
10. Alguém que lhe dê um abraço					
11. Alguém com quem relaxar					
12. Alguém para preparar suas refeições se você não puder preparar					
13. Alguém de quem você realmente quer conselhos					
14. Alguém com quem distrair a cabeça					
15. Alguém para ajuda-lo nas atividades diárias se você ficar doente					
16. Alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos					
17. Alguém para lhe dar sugestões de como lidar com um problema pessoal					
18. Alguém com quem fazer coisas agradáveis					
19. Alguém que compreenda seus problemas					
20. Alguém que você ame e que o faça você se sentir querido					

## ANEXO G

## Escala de Independência em Atividade Básica de Vida Diária (ABVD) e Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

<p>Escala de independência em atividades da vida diária - Katz</p> <p>Objetivo: avaliar o desempenho nas atividades básicas de vida diária. A Escala foi desenvolvida por Katz em 1963, e passou por um processo de adaptação transcultural para o português por Lino et. Al. (2008).</p> <p>Avaliação dos resultados:  0: independente em todas as seis funções;  1: independente em cinco funções e dependente em uma função;  2: independente em quatro funções e dependente em duas;  3: independente em três funções e dependente em três;  4: independente em duas funções e dependente em quatro;  5: independente em uma função e dependente em cinco funções;  6: dependente em todas as seis funções.</p> <p>Referências:  KATZ, S. Et. Al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA, V.185. p. 914-919, 1963.  LINO, V.T.S; PEREIRA, S.E.M, CAMACHO, L.A.B. et. Al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala Katz) Cad. Saúde Pública. V.24 n.1. p.103-112, 2008.</p>
---

## PONTUAÇÃO:

Area de funcionamento	Indep/ Dep
Tomar banho (leito, banheiro ou chuveiro) <input type="checkbox"/> não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho	(I) (I) (D)
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas e manuseia dechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) <input type="checkbox"/> pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda <input type="checkbox"/> pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos <input type="checkbox"/> recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	(I) (I) (D)
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar: higiene íntima e arrumação das roupas) <input type="checkbox"/> vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol á noite, esvaziando- o de manhã) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção ou para usar a comadre ou urinol á noite. <input type="checkbox"/> não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(I) (D) (D)
Transferência <input type="checkbox"/> deita-se na cama e sai dela, senta-se na cadeira e se levanta dela sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) <input type="checkbox"/> deita-se na cama e sai dela e/ ou senta-se na cadeira e se levanta dela com ajuda <input type="checkbox"/> não sai da cama	(I) (D) (D)

Continência <input type="checkbox"/> controla inteiramente a micção e a evacuação (I) <input type="checkbox"/> tem “acidentes” ocasionais (D) <input type="checkbox"/> necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	(I) (D) (D)
Alimentação <input type="checkbox"/> alimenta-se sem ajuda <input type="checkbox"/> alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão <input type="checkbox"/> recebe ajuda para se alimentar, ou é alimentado parcial ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos	(I) (I) (D)

<b>Avaliação das atividades instrumentais de vida diária de Lawton</b>
Objetivo: avaliar o desempenho nas atividades instrumentais de vida diária. Foi desenvolvida por Lawton & Brody em 1969, e avalia as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). Foi adaptada e teve sua confiabilidade avaliada por Santos & Virtuoso Jr. (2008).
Avaliação dos resultados: <input type="checkbox"/> dependência total = 7 pontos <input type="checkbox"/> dependência parcial = > 7 e < 21 pontos <input type="checkbox"/> independência = 21 pontos
Referências: LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assesment of older people: self- maintaining and instrumental activies of daily linving. The Gerontologist, v.9, n.3, p. 179-186, 1969. SANTOS, R. L.; VIRTUOSO Jr.; J.S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. RBPS, v.21, n.4, p.290-296, 2008.

1. Em relação ao uso do telefone	Recebe e faz ligações sem assistência Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone	3 2 1
2. Em relação às viagens	Realiza viagens sozinho Somente faz compras quando tem companhia Não tem o hábito ou é incapaz de viajar	3 2 1
3. Em relação á realização de compras	Realiza compras, quando é fornecido o transporte Somente faz compra quando tem companhia Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras	3 2 1
4. Em relação ao preparo de refeições	Planeja e cozinha as refeições completas Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições	3 2 1
5. Em relação ao trabalho doméstico	Realiza tarefas pesadas Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições	3 2 1
6. Em relação ao uso de medicamentos	Faz uso de medicamentos sem assistência Necessita de lembretes ou de assistência É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos	3 2 1
7. Em relação ao manuseio do dinheiro	Preenche cheque e paga as contas sem auxílio Necessita de assistência para o uso de cheque e contas Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro e contas	3 2 1

ANEXO H  
Tilburg Frailty Indicator (TFI)

<b>DOMÍNIO FÍSICO</b>	
1. Você se sente saudável?	( 0 ) sim ( 1 ) não
2. Você perdeu muito peso recentemente sem querer que isso acontecesse? (> 6kg nos últimos seis meses ou > 3kg no último mês).	( 1 ) sim ( 0 ) não
3. No seu dia-a-dia a dificuldade de caminhar lhe traz problemas?	( 1 ) sim ( 0 ) não
4. No seu dia-a-dia a dificuldade em manter o equilíbrio lhe traz problemas?	( 1 ) sim ( 0 ) não
5. No seu dia-a-dia a audição ruim lhe causa problemas?	( 1 ) sim ( 0 ) não
6. No seu dia-a-dia a visão ruim lhe causa problemas?	( 1 ) sim ( 0 ) não
7. No seu dia-a-dia a fraqueza nas mãos lhe causa problemas?	( 1 ) sim ( 0 ) não
8. No seu dia-a-dia o cansaço lhe causa problemas?	( 1 ) sim ( 0 ) não
<b>DOMÍNIO PSICOLÓGICO</b>	
9. Você tem problemas de memória?	( 1 ) sim ( 0 ) às vezes ( 0 ) não
10. Você se sentiu triste no último mês?	( 1 ) sim ( 1 ) às vezes ( 0 ) não
11. Você se sentiu nervoso ou ansioso no último mês?	( 1 ) sim ( 1 ) às vezes ( 0 ) não
12. Você enfrenta bem os problemas?	( 0 ) sim ( 1 ) não
<b>DOMÍNIO SOCIAL</b>	
13. Você mora sozinho?	( 1 ) sim ( 0 ) não
14. Você sente falta de ter pessoas ao seu lado?	( 1 ) sim ( 1 ) às vezes ( 0 ) não
15. Você tem apoio suficiente de outras pessoas?	( 0 ) sim ( 1 ) não

Pontuação:

\_\_\_\_ / 8 Domínio Físico  
 \_\_\_\_ / 4 Domínio Psicológico  
 \_\_\_\_ / 3 Domínio Social  
 \_\_\_\_ / 15 Todos os Domínios

**ATENÇÃO**

Quanto mais elevado o escore maior é o nível de fragilidade, alternative escores maiores ou igual a 5 pontos indicam que o indivíduo avaliado é frágil.



ANEXO I

**Perguntas disparadoras**

Coleta Dados Qualitativos

- 1) Quais mudanças /transformações o senhor(a) percebe em seus relacionamentos(familiares, amigos, equipe de saúde, outros) ao longo do tratamento?
- 2) Quais mudanças e transformações em si mesmo?
- 3) Como percebe as trocas de apoio entre o senhor(a) e as pessoas do seu convívio(familiares, amigos, equipe de saúde, outros)
- 4) Como percebe o apoio recebido antes e depois do tratamento?
- 5) Considera que alguma situação que vivenciou pode ser considerada como violência/risco de violência em função de sua condição de saúde?
- 6) E isso influenciou a adesão ao tratamento?
- 7) Cite algo que mais valoriza e que menos valoriza de toda essa experiência.
- 8) Você teve alguma dificuldade para aderir ao tratamento? Se sim, qual (is)?
- 9) Nesse processo, as práticas relacionadas à questão espiritual/religiosa auxiliaram na adesão ao tratamento? Se sim, como? Relate a sua experiência.
- 10) Como você avalia a influência da espiritualidade/religiosidade? Elas ajudam na melhora da sua qualidade de vida?

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Risco de Violência, Suporte Social, Espiritualidade e Religiosidade em Pessoas Adultas e Idosas com Doença Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico

**Pesquisador:** BRUNA GIOVANA MODESTO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 74252223.6.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.584.037

**Apresentação do Projeto:**

""As informações elencadas nos campos ""Apresentação do Projeto"", ""Objetivo da Pesquisa"" e Avaliação dos Riscos e Benefícios"" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa ( PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2204750.pdf, de 16/11/2023) e/ou do Projeto Detalhado (Projeto2.pdf, de 07/11/2023). TCLE e/ou TALE ( Tcle\_versao2.pdf, de 07/11/2023) e Carta\_Resposta\_versao1.pdf de 07/11/2023

**RESUMO**

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma condição clínica que envolve a perda progressiva e irreversível da função renal, essa pode se apresentar como fator de risco para o desenvolvimento precoce de fragilidade e gerar profundas necessidades de cuidados. A dependência em relação a cuidadores, associadas a comorbidades em saúde têm sido apontadas como indicadores para uma maior exposição ao abuso, negligência e violência. O objetivo deste estudo é verificar o risco de violência em pessoas com DRC em tratamento hemodialítico e qual sua relação com o apoio social, a composição familiar, a depressão, a fragilidade, funcionalidade, espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida. Trata-se de um estudo de métodos mistos concomitante, que será realizado com idosos e adultos vinculados a duas Unidades de Terapia Renal Substitutiva (UTRS) localizadas em dois municípios do interior do

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Estado de São Paulo. Para a coleta dos dados serão aplicados instrumentos qualitativos e quantitativos, sendo eles: Entrevista semi- estruturada, Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS), Genograma e ecomapa, Índice de Katz e Lawton, Vulnerability Abuse Screening Scale (VASS), Tilburg Frailty Indicator (TFI), Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro, Questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise (QA – DRC- HD) e EuroQol 5 Dimensions (EQ-5D). Pesquisas como a que se propõe neste estudo são importantes, em função da ausência de estudos semelhantes em âmbito nacional que proponham investigar o risco de violências contra as pessoas com DRC e seu suporte social, justificando assim a realização do presente estudo.

#### HIPÓTESE (se houver)

O comprometimento físico e cognitivo advindos com a progressão da DRC podem contribuir para uma maior probabilidade de desenvolvimento de fragilidade precoce, o que impacta significativamente na qualidade de vida e funcionalidade da pessoa em tratamento hemodialítico. Tal cenário, pode causar maior dependência e necessidade de cuidados por terceiros, e na ausência de adequado suporte social, pode contribuir para o isolamento social, altos níveis de sobrecarga e de sintomas depressivos, impactando na rotina e qualidade dos vínculos familiares, se caracterizando um contexto de tensão para um potencial risco de violência e dificuldade de adesão ao tratamento hemodialítico.

#### METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo e transversal de carácter misto, que de acordo com John W. Creswell (2007) as principais características dessa estratégia é a combinação de abordagens quantitativas e qualitativas, abarcando no processo de pesquisa procedimentos de coleta e análise de ambas as formas de dados em um único estudo. A interpretação dos dados qualitativos se apoiará na perspectiva teórica do materialismo dialético, que busca explicar os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento, sem desconsiderar as práticas sociais humanas a partir da historicidade, totalidade e tensões ou contradições emergentes (TRIVIÑOS, 2013). Serão utilizados os seguintes instrumentos para coleta dos dados quantitativos: Entrevista semi-estruturada, para a coleta de dados sociodemográficos; Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) visando a

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



compreensão de possíveis sintomas depressivos; Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS) para a avaliação do apoio social; Genograma eecomapa para a compreensão da composição e relações familiares; Escala de Independência em Atividade Básica de vida Diária (ABVD) e Instrumentais de Vida Diária (AIVD), com o objetivo de apreender o nível de funcionalidade ou dependência dos participantes; Vulnerability Abuse Screening Scale (VASS) para compreensão do risco de violência; Tilburg Frailty Indicator (TFI) que busca avaliar o nível de fragilidade; o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliar a presença ou não de declínio cognitivo; Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro para apreender a espiritualidade em contextos de saúde; Questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise (QA – DRC- HD) que objetiva compreender a adesão ao tratamento e EQ-5D para avaliar aspectos que envolvem a dimensão de qualidade de vida. Os dados qualitativos serão obtidos mediante perguntas disparadoras abertas após a aplicação dos instrumentos acima descritos, e abordarão os conteúdos: 1. Mudanças e transformações nos relacionamentos, considerando a si próprio, familiares, amigos, equipe de saúde, outros) ao longo do tratamento, 2. Percepções acerca do apoio recebido e ofertado antes e durante o tratamento, 3. Violência ou risco de violência percebido em função da condição de saúde, 4. Adesão e perspectivas futuras do tratamento, 5. Valorações positivas e negativas da experiência e convívio com a DRC, 6. A influência da Espiritualidade e Religiosidade na adesão ao tratamento e na qualidade de vida.

#### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.

**Critério de Inclusão:** Pessoas que realizam o tratamento hemodialítico com idade a partir de 40 anos, e que estão cadastradas em uma das duas Unidades de Terapia Renal Substitutiva (UTRS).

**Critério de Exclusão:** Pessoas que não apresentam capacidade de compreensão e comunicação verbal de acordo com o resultado obtido pelo instrumento de rastreio cognitivo Mini- Exame do Estado Mental (BERTOLUCCI et al., 1994) e as pessoas que estiverem em tratamento hemodialítico por período menor de 6 meses"

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



**Objetivo Primário:** O objetivo deste estudo de método mistos concomitante é analisar a existência de relações entre o apoio social, composição familiar, depressão, fragilidade, funcionalidade, espiritualidade, religiosidade, qualidade de vida e o risco de violência em pessoas adultas e idosas com doença renal crônica, em tratamento hemodialítico e concomitantemente analisar as percepções quanto ao apoio recebido e ofertado, relações interpessoais e percepção de violência ou risco de violência.

**Objetivo Secundário:** 1. Avaliar apoio social, a composição familiar, a depressão, a fragilidade, funcionalidade e risco à violência em pacientes idosos com doença renal crônica. 2. Analisar relações e descrever comparações entre variáveis e identificar fatores associados ao risco de violência em pessoas adultas e idosas com doença renal crônica e em tratamento hemodialítico. 3. Reconhecer as redes de apoio de pessoas idosas com doença renal crônica. 4. Descrever mudanças relatadas em função da DRC e seu tratamento, apoio e riscos e situações de violência percebidos. 5. Compreender as implicações do risco de violência para a adesão ao tratamento. 6. Descrever a composição familiar e a qualidade das relações familiares relatadas. 7. Avaliar a espiritualidade/religiosidade do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico. 8. Identificar as principais dificuldades da adesão ao tratamento hemodialítico. 9. Verificar se práticas relacionadas à espiritualidade/religiosidade são percebidas pelo paciente como apoio para a adesão ao tratamento hemodialítico. 10. Descrever valorações percebidas, pelo indivíduo em tratamento hemodialítico, acerca dos fatores espirituais/religiosos na sua qualidade de vida.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** No processo de coleta dos dados da pesquisa, algumas perguntas podem ser consideradas invasivas à intimidade dos participantes, podendo gerar desconforto, constrangimento, alguma emoção como tristeza ou hipertensão/hipotensão arterial, condições que são decorrentes do próprio tratamento como resultado da exposição de questões pessoais ao responder perguntas que envolvam as próprias ações e/ou de pessoas próximas. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Em caso de alguma intercorrência durante a avaliação, o profissional de saúde presente na unidade será acionado, fornecendo todo o suporte e cuidado que a pessoa participante necessite. E caso haja o

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, os participantes poderão, se necessário, serem orientados e encaminhados para profissionais e serviços especializados visando a preservação de seu bem-estar.

#### Benefícios:

A participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para as áreas da Gerontologia e da Nefrologia, na construção de novos conhecimentos e na identificação de novas alternativas e possibilidades para as pessoas com doença renal crônica e que estão em tratamento hemodialítico. Além disso, ao responder aos questionários e entrevista, os participantes serão notificados, após a análise e avaliação dos dados, dos possíveis riscos quanto aos desfechos negativos em relação à sua saúde, visando um maior conhecimento e esclarecimento de aspectos relativos à sua saúde com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

A presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo e transversal de caráter misto, que de acordo com John W. Creswell (2007) as principais características dessa estratégia é a combinação de abordagens quantitativas e qualitativas, abarcando no processo de pesquisa procedimentos de coleta e análise de ambas as formas de dados em um único estudo. O autor afirma que as pesquisas mistas possuem vantagens do ponto de vista metodológico, pois a junção de dados qualitativos e quantitativos possibilita uma complementaridade e amplitude da investigação científica. O estudo será realizado em duas Unidades de Terapia Renal Substitutiva (UTRS) cada uma localizada em uma cidade do interior do estado de São Paulo, essas que atendem pessoas com Insuficiência Renal Crônica que realizam tratamento através da hemodiálise. Ambas unidades ofertam atendimentos de caráter público, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e privado via clínica particular. Tratar-se-á de uma amostra de conveniência composta por pessoas adultas e idosas que estão em tratamento hemodialítico. Serão realizadas entrevistas

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



com aplicação de instrumentos, por entrevistadores treinados para tal fim, nos centros de saúde, com duração prevista de aproximadamente 50 minutos. As mesmas serão gravadas e posteriormente transcritas. O projeto consta com uma única etapa de coleta de dados (quantitativos e qualitativos) que serão realizados nas UTRS. INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS: 1 Entrevista semi-estruturada Contará com três momentos: 1- questões sobre a caracterização sociodemográfica: nome, idade, gênero, etnia, religião, estado civil, escolaridade, ocupação, moradia e renda 2 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9); 3 Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS); 4 Genograma e ecomapa ; 5 Escala de Independência em Atividade Básica de Vida Diária (ABVD) e Instrumentais de Vida Diária (AIVD); 6 Vulnerability Abuse Screening Scale (VASS): tem por objetivo avaliar o risco à violência doméstica contra a pessoa idosa; 7 Tilburg Frailty Indicator (TFI); 8 Mini Exame do Estado Mental (MEEM); 9 Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro e 10. Questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise (QA – DRC-HD) Os dados qualitativos serão obtidos mediante perguntas disparadoras abertas após a aplicação dos instrumentos acima descritos, e abordarão os conteúdos: 1. Mudanças e transformações nos relacionamentos, considerando a si próprio, familiares, amigos, equipe de saúde, outros) ao longo do tratamento; 2. Percepções acerca do apoio recebido e ofertado antes e durante o tratamento; 3. Violência ou risco de violência percebido em função da condição de saúde; 4. Adesão e perspectivas futuras do tratamento; 5. Valorações positivas e negativas da experiência e convívio com a DRC; 6. A influência da Espiritualidade e Religiosidade na adesão ao tratamento e na qualidade de vida. ANÁLISE DE DADOS Será realizada por meio de estatística descritiva, incluindo medidas de tendência central e medidas de dispersão. A distribuição dos dados será verificada por meio do Teste de Kolmogorov-Smirnov e posteriormente, adotados testes não paramétricos como MannWhitney e Kruskal-Wallis. Para verificação da confiabilidade dos instrumentos se utilizará o alfa de Cronbach. Para a presente pesquisa o nível de significância adotado para os testes estatísticos será de 5% (p0.05). Para assegurar a qualidade do Processo se utilizará o Checklist STROBE - para estudos quantitativos. A análise dos dados qualitativos será realizada através do método de análise de conteúdo de Bardin (2016). todo o processo de análise qualitativa seguirá a lista de checagem do COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research).

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



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

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

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

as seguintes pendências éticas foram observadas PREVIAMENTE:

1- Para o Sistema CEP/Conep, não existe pesquisa livre de risco. É necessário observar que risco é qualquer possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente. Assim, solicita-se que sejam descritos os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, podendo-se citar os riscos inerentes à manutenção de sigilo e à confidencialidade durante a coleta e uso dos dados (Resolução CNS n.º 466, de 2012, itens II.22 e IV.3.b). O PESQUISADOR NÃO CONSIDERA ORISCO DE CANSAÇO AO RESPONDER OS QUESTIONÁRIOS, FAVOR ADICIONAR.

PENDÊNCIA ATENDIDA

2-Solicita-se inserir, no projeto detalhado e na Plataforma Brasil, a descrição da forma de abordagem ou plano de recrutamento dos potenciais participantes de pesquisa (Norma Operacional CNS n.º 001, de 2013, item 3.4.1.8).

PENDÊNCIA ATENDIDA

3- O Pesquisador deverá informar onde será realizada a coleta de dados (local) e o período de tempo em que os dados serão coletados. Todos os protocolos de pesquisa devem conter, obrigatoriamente, os locais onde ocorrerão as etapas da pesquisa. Solicita-se inserir na Plataforma Brasil e no projeto detalhado, informações sobre o(s) local(is) de realização da pesquisa (Norma Operacional CNS n.º 001, de 2013, item 3.4.1.5).

PENDÊNCIA ATENDIDA

4 Em relação ao orçamento apresentado: de acordo com a Norma Operacional CNS n.º 001, de 2013, item 3.3.e, todos os protocolos de pesquisa devem conter, obrigatoriamente, orçamento que

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



detalhe os recursos, as fontes e a destinação, bem como apresentar previsão de ressarcimento de despesas do participante e de seus acompanhantes, quando necessário. Sendo assim, solicita-se que seja apresentado orçamento financeiro detalhado, que especifique TODOS os recursos, as fontes e a destinação. Oriente o pesquisador a ler o MANUAL DE ORIENTAÇÃO: PENDÊNCIAS FREQUENTES EM PROTOCOLOS DE PESQUISA CLÍNICA -CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP/CNS/MS) - 2015;

#### PENDÊNCIA ATENDIDA

5- Deve-se apresentar documento (carta de anuência) que demonstre que a instituição tem infraestrutura adequada para o desenvolvimento da pesquisa e condições de prestar assistência ao participante, sobretudo para as situações de urgência/emergência clínica. Esse documento deve ser assinado pelo responsável institucional que tenha competência para tal (por exemplo, o diretor técnico numa instituição hospitalar). Norma Operacional CNS N° 001 de 2013, item 3.3.h e item 3.4.1.17. AS CARTAS DE ANUÊNCIA NÃO INFORMAM O CARGO OCUPADO PELO AGENTE QUE ASSINOU A AUTORIZAÇÃO E TAMPOUCO A QUE INSTITUIÇÕES SE REFEREM

#### PENDÊNCIA ATENDIDA

6-O cronograma do estudo não está adequado, pois informa que ele já teria iniciado. Sendo assim, solicitam

-se esclarecimentos e, caso necessário, a adequação do cronograma em relação à data de início do estudo, dado que este encontra-se em análise no Sistema CEP/Conep até a presente data. Ressalta-se, ainda, a necessidade de adequação do cronograma de forma a descrever a duração das diferentes etapas da pesquisa, com o compromisso explícito do pesquisador de que o estudo será iniciado somente a partir da aprovação pelo Sistema CEP/Conep (Norma Operacional CNS n.º 001, de 2013, item 3.3.f).

#### PENDÊNCIA ATENDIDA

7-Cadastrar a instituição onde será realizada a pesquisa ou parte dela como Instituição Coparticipante. Ver como fazer o cadastro no Manual Pesquisador da Plataforma Brasil (disponível na seção Manuais da página inicial dessa plataforma).

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



#### PENDÊNCIA ATENDIDA

8- Anexar Instrumentos de Coleta (Roteiros de entrevistas, questionários, formulários e/ou fichas de avaliações clínicas) que serão utilizados na pesquisa. Ao anexar estes documentos na Plataforma escolher Tipo de Documento: Outros;

#### PENDÊNCIA ATENDIDA

Em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):

9-O cabeçalho deverá conter a universidade, departamento, título do projeto, resolução (466/2012 ou 510/2016) e pesquisador responsável com o contato

#### PENDÊNCIA ATENDIDA

10- Solicita-se que seja incluída, no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou do Assentimento Livre e Esclarecido, a garantia de acesso aos resultados da pesquisa pelos participantes e/ou compromisso do/a pesquisador/a em divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou à população que foi pesquisada (Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 17, Inciso VI e Artigo 3º, Inciso IV; Artigo 17, Inciso VI).

#### PENDÊNCIA ATENDIDA

11- Para o Sistema CEP/Conep, não existe pesquisa livre de risco. É necessário observar que risco é qualquer possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente. Assim, solicita-se que sejam descritos os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, podendo-se citar os riscos inerentes à manutenção de sigilo e à confidencialidade durante a coleta e uso dos dados (Resolução CNS n.º 466, de 2012, itens II.22 e IV.3.b). O PESQUISADOR NÃO CONSIDERA O RISCO DE CANSAÇO AO RESPONDER OS QUESTIONÁRIOS, FAVOR ADICIONAR.

#### PENDÊNCIA ATENDIDA

Projeto APROVADO: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. Conforme dispõe o Capítulo VI, Artigo 28, da Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2204750.pdf	16/11/2023 08:18:16		Aceito
Outros	PDF_instrumentos_Perguntas2.pdf	16/11/2023 08:15:47	BRUNA GIOVANA MODESTO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2204750.pdf	07/11/2023 22:08:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto2.pdf	07/11/2023 21:59:47	BRUNA GIOVANA MODESTO	Aceito
Outros	2_Carta_SantaCasa.pdf	07/11/2023 21:58:02	BRUNA GIOVANA MODESTO	Aceito
Declaração de concordância	1_Carta_ClinicaLund.pdf	07/11/2023 21:57:48	BRUNA GIOVANA MODESTO	Aceito
Outros	Ppf_Instrumentos_Perguntas.pdf	07/11/2023 21:57:15	BRUNA GIOVANA MODESTO	Recusado
Outros	Carta_Resposta_versao1.pdf	07/11/2023 21:55:54	BRUNA GIOVANA MODESTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_versao2.pdf	07/11/2023 21:55:00	BRUNA GIOVANA MODESTO	Aceito

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS - UFSCAR



Folha de Rosto	folhaDeRosto_Bruna_assinado.pdf	16/09/2023 10:14:50	BRUNA GIOVANA MODESTO	Aceito
----------------	---------------------------------	------------------------	--------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 15 de Dezembro de  
2023

---

**Assinado por:**  
**Sonia Regina Zerbetto**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br