

RISCO DE SUICÍDIO ENTRE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE**SUICIDE RISK AMONG PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS****RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS**

¹Patrícia Pereira Tavares de Alcantara

²Samara Mescia Mendes da Silva

³Tamires Alves Dias

⁴Kamila de Castro Morais

⁵Yanca Carolina da Silva Santos

⁶Maria Regilânia Lopes Moreira

⁷Isabela Rocha Siebra

⁸Marília Brito de Lima

¹FIOCRUZ, Eusébio/CE, Brasil,
<https://orcid.org/0000-0003-3337-4845>

²URCA, Iguatu/CE, Brasil,
<https://orcid.org/0009-0004-4344-926X>

³URCA, Iguatu/CE, Brasil,
<https://orcid.org/0000-0003-0420-0977>

⁴URCA, Iguatu/CE, Brasil,
<https://orcid.org/0000-0002-3564-7993>

⁵URCA, Iguatu/CE, Brasil,
<https://orcid.org/0000-0002-1848-5726>

⁶URCA, Iguatu/CE, Brasil,
<https://orcid.org/0000-0002-3862-8536>

⁷IFPE, Pesqueira/PE, Brasil,
<https://orcid.org/0000-0002-8192-9924>

⁸UFC, Fortaleza/CE, Brasil,
<https://orcid.org/0000-0003-1797-2343>

Autor correspondente

Patrícia Pereira Tavares de Alcantara

Rua George Teles Sampaio, 1607,
Vilalta, Crato/CE, Brasil. CEP:
63119-010, +55(88) 99806-0649. E-mail:

enfermeira.tavares.81@gmail.com

Submissão: 26-07-2023

Aprovado: 15-09-2023

RESUMO

Identificar os fatores de risco mais prevalentes para o suicídio entre as pessoas submetidas à hemodiálise. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de cunho quantitativo. Na elaboração desse estudo buscou-se avaliar se pacientes que fazem o uso da hemodiálise com terapia apresentam risco para o suicídio. A obtenção dos dados se deu através de um instrumentado validado e aplicado aos pacientes de uma clínica de nefrologia. No decorrer das entrevistas foi observado que maior parte dos pacientes apresenta risco intermediário para suicídio, que muitas vezes se veem desacreditada do tratamento e buscam uma forma de fugir da realidade vivida por eles. Dos pacientes que apresentam risco grave 50% tem em mente um plano suicida o que gera uma serie de desconfortos para a continuidade do tratamento. Esses pacientes necessitam de um cuidado multiprofissional e complexo, onde a saúde mental deve ser fator de prioridade desde a admissão do paciente e perpetuar-se por todo o tratamento.

Palavras-chave: Risco de Suicídio; Hemodiálise; Insuficiência Renal Crônica.

ABSTRACT

To identify the most prevalent risk factors for suicide among people undergoing hemodialysis. This is a descriptive and exploratory study, with a quantitative nature. In preparing this study, we sought to assess whether patients who use hemodialysis with therapy are at risk for suicide. Data were collected using validated instruments applied to patients in a nephrology clinic. During the interviews, it was observed that most patients are at intermediate risk for suicide, who often find themselves discredited with the treatment and seek a way to escape the reality they experience. Of the patients at serious risk, 50% have a suicidal plan in mind, which generates a series of discomforts for the continuation of the treatment. These patients need a multidisciplinary and complex care, where mental health should be a priority factor from the patient's admission and perpetuate throughout the treatment.

Keywords: Suicide risk; Renal Dialysis; Renal Insufficiency, Chronic.

RESUMEN

Identificar los factores de riesgo de suicidio más prevalentes entre personas en hemodiálisis. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, de carácter cuantitativo. Al preparar este estudio, buscamos evaluar si los pacientes que usan hemodiálisis con terapia tienen riesgo de suicidio. Los datos fueron recolectados utilizando instrumentos validados aplicados a pacientes en una clínica de nefrología. Durante las entrevistas, se observó que la mayoría de los pacientes se encuentran en riesgo intermedio de suicidio, quienes muchas veces se encuentran desacreditados con el tratamiento y buscan una forma de escapar de la realidad que viven. De los pacientes de riesgo grave, el 50% tiene en mente un plan suicida, lo que genera una serie de malestares para la continuación del tratamiento. Estos pacientes necesitan una atención multidisciplinaria y compleja, donde la salud mental debe ser un factor prioritario desde el ingreso del paciente y perpetuarse a lo largo del tratamiento.

Palabras clave: Riesgo de Suicidio; Hemodiálisis; Insuficiencia Renal Crónica.



INTRODUÇÃO

O campo da saúde, no decorrer dos últimos anos, conseguiu considerável desenvolvimento no que diz respeito às tecnologias e à área científica. Como consequência, pode-se ter uma maior expectativa de vida e adiar o processo de morte, pois esses progressos têm propiciado diagnóstico precoce para determinados agravos à saúde, que possibilita cuidado terapêutico eficaz, adequado e prévio. Isso poderá desencadear melhor manejo da progressão da doença e até mesmo o reestabelecimento das condições fisiológicas. Porém, observa-se que, mesmo com esses avanços tecnológicos, as doenças consideradas crônicas ainda são numerosas, exigindo uma propedêutica do cuidado mais elevado e duradouro⁽¹⁾.

Entretanto, uso das novas tecnologias na tentativa de buscar prolongar a vida pode vir a diminuir a sua qualidade, quando se refere a tratamentos que exigem esforço físico, psicológica e social bem mais intensa. Dentre essas tecnologias tem-se a terapia dialítica, na qual o paciente, com o rim danificado e/ou insuficiente, será submetido ao procedimento de depuração sanguínea por uma máquina. Por meio de acesso parenteral – cateter de duplo lúmen ou fistula arteriovenosa –, o sangue será conduzido ao dialisador para retirar as impurezas. Assim, o uso dessa terapia constitui-se numa alternativa para tratamento da Insuficiência Renal (IR)⁽²⁾.

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é o estágio mais evoluído das doenças que afetam os

rins. Constituinto um dano gradual, inconversível e com vários fatores que diminuem a eficiência dos rins em preservar a homeostase metabólica e eletrolítica, o que provoca alterações nos diferentes sistemas orgânicos. Como opções de terapias para a IR, que podem ser substitutivas ou não, tem-se a diálise peritoneal, hemodiálise e o transplante renal⁽³⁾.

Assim, entende-se a hemodiálise como um procedimento em que um equipamento, através do mecanismo de filtração, retira as impurezas do sangue acumuladas em virtude da insuficiência renal em desempenhar tal função. Desse modo, livra-se o organismo de substâncias nocivas, como o excesso de sódio, potássio, líquidos, ureia e creatinina. Ainda, pode-se estabelecer um controle hidroeletrolítico, diminuindo a pressão arterial e ajudando o corpo a manter-se em homeostase. Ressalta-se que a duração do tratamento com hemodiálise difere conforme a situação do paciente, a depender de uma adequada avaliação clínica e a melhor indicação de tratamento. Geralmente, a regularidade é de três a quatro vezes na semana, com duração média de quatro horas cada sessão⁽⁴⁾.

Compreende-se então que os tratamentos para as Doença Renal Crônica (DRC) desempenham parcialmente a função do rim ao procurar restabelecer e/ou manter o equilíbrio homeostático, com consequente alívio dos sintomas e prolongamento da vida. Apesar disso, grande parte das terapias também pode comprometer a qualidade de vida, especialmente



em aspectos relacionados ao dever social, familiar e profissional, pois adaptações deverão ser feitas no cotidiano, como a alimentação equilibrada e a restrição na ingestão hídrica. Além disso, fatores relacionados à imagem corporal também podem estar associados e causar impactos importantes⁽⁵⁾.

A propósito, a complicação mais preocupante que pode acometer a pessoa com depressão é o suicídio. O índice de mortalidade por esse motivo em pacientes com DRC é relatada por décadas, tanto em pessoas que fazem diálise, bem como naquelas em pós-transplante renal. Estes indivíduos vivem, frequentemente, em meio a oportunidades de causar suicídio, seja de forma ativa ou passiva, como faltando às sessões de hemodiálise, não aderindo ao tratamento farmacológico recomendado ou não seguindo o plano terapêutico prescrito. Logo, as estimativas de suicídio em pacientes em terapia dialítica variam amplamente, na medida em que se considere ou não o comportamento da falta de adesão à dieta e às medicações, falta às sessões e abandono de tratamento como tentativa de suicídio⁽⁶⁾.

Esclarece-se que a prática do suicídio é entendida correntemente como o desfecho de uma sequência de escolhas pessoais em que se ponderam as vertentes positivas e negativas em estar vivo, concluindo que o melhor seria a morte. Dentre os fatores de risco para o suicídio, alguns autores trazem os fatores sociodemográficos, como idade, sexo, estado civil; fatores psicossociais, entre eles ansiedade,

desesperança e estresse; além de outros fatores, como doenças físicas incapacitantes, relação terapêutica frágil ou instável e falta de adesão ao tratamento, bem como o agravamento ou recorrência de doenças preexistentes^(7,8).

Mediante isso, pode-se supor que pessoas em tratamento para doença renal crônica com hemodiálise tenham maior risco para suicídio, devido às situações vivenciadas no progresso da doença e com o tratamento cansativo e desanimador. Propõe-se, assim, realizar uma investigação que identifique aspectos predisponentes ao suicídio em usuários de um serviço de nefrologia no interior do Ceará. Ancora-se ainda no fato de, no Brasil, ter-se observado escassez de estudos atuais que mostrem a real situação e comportamentos dos pacientes que, em uso de tratamento dialítico renal, pense em suicídio⁽⁶⁾.

Cabe ressaltar que estudos cujas temáticas abordem a morbimortalidade e avaliem modelos de adesão ao tratamento e redes de apoio social às pessoas com Doenças Não Transmissíveis, como Nefropatias Agudas e Crônicas, são enfatizadas como prioridades na pesquisa brasileira⁽⁹⁾.

Além disso, surgiu o interesse pessoal da pesquisadora a partir da vivência com um familiar acometido por câncer, em que uma das complicações foi a perda da função renal e indicação de hemodiálise. O fato de o familiar não aceitar a terapia e discursar constantemente sobre o desejo pela intervenção divina por sua morte incomodou a pesquisadora,

impulsionando-a a conhecer melhor sobre esta realidade.

Por fim, destaca-se a importância científica, social e profissional desse estudo, tendo em vista que irá servir de material de apoio para pesquisadores, bem como para a equipe de saúde envolvida, incluindo o profissional de enfermagem, que poderá se subvencionar para um cuidado mais holístico e humanizado destes pacientes. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é identificar os fatores de risco mais prevalentes para o suicídio entre as pessoas submetidas à hemodiálise.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório, de cunho quantitativo, que avaliou o risco de suicídio entre pacientes submetidos à hemodiálise, em um centro de referência localizado no interior do Ceará – Brasil.

A pesquisa descritiva tem como principal característica é descrever a ocorrência de um evento a partir de uma realidade apresentada. Ainda, no estudo exploratório, o pesquisador busca entender e se ambientar com um problema, para que seja possível explicá-lo e pressupor a forma como este ocorre ^(10, 11).

Já pesquisa do tipo quantitativa é definida como um tipo de estudo que busca a objetividade na coleta dos dados, de modo a obter a análise de dados numéricos gerados a partir de instrumentos padronizados e que refletem sobre

a capacidade de ocorrer um determinado evento ⁽¹²⁾.

Este estudo teve como cenário para a coleta de dados a cidade de Iguatu, localizada na região Centro-Sul do Estado do Ceará, distante da capital Fortaleza, 306 km e com uma população equivalente a 102.614 mil habitantes ⁽¹³⁾.

A coleta se deu no Centro de Nefrologia do Iguatu (CNI), um estabelecimento de assistência à saúde de propriedade privada conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS). O CNI exerce atividades do tipo ambulatorial de alta complexidade desde 2007, com destaque para clínica especializada, serviços de enfermagem, serviço de atenção à doença renal crônica, com confecção e intervenção de acessos para diálise e tratamento dialítico propriamente dito, cirurgia vascular como fístula arteriovenosa sem enxerto e serviço de diagnóstico por laboratório clínico – a saber: exames bioquímicos, hematológicos e hemostasia, hormonais, sorológicos e imunológicos, toxicológicos ou de monitorização terapêutica ⁽¹⁴⁾.

A população do estudo foi constituída por 36 pacientes que fazem o uso da hemodiálise como Terapia Renal Substitutiva, no Centro de Nefrologia de Iguatu-CE.

A amostra estudada foi constituída por pacientes do referido serviço, residentes em Iguatu - CE, com idade igual e/ou superior à de 18 anos e que apresentaram aptidão mental e física para responder ao instrumento.

Foram excluídos da pesquisa aqueles cuja aplicação do instrumento não foi possível após três tentativas de contato pessoal, ou ainda pacientes que evoluíssem para óbito, tenham recebido transferência para outra região ou tenham se recusado a participar. Assim, a amostragem foi do tipo não probabilística intencional, visto que foram obedecidos os critérios supracitados para constituição da amostra.

A coleta de dados se deu no primeiro semestre de 2021.

Primeiramente, houve uma apresentação da pesquisadora ao serviço referido e, através do Termo de Anuência formalizou-se o pedido de autorização para a pesquisa. A partir disso, foram listados os pacientes que realizam atendimento no CNI, identificando-se potenciais participantes.

Posteriormente à seleção dos pacientes para integrarem a amostra do estudo, iniciou-se à apresentação da pesquisa e assinatura de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após selecionados e contatados os pacientes para integrarem a amostra do estudo, aplicou-se individualmente um instrumento para a coleta de dados criado por Veiga e colaboradores em 2014, denominado de Índice de Risco de Suicídio (IRIS), que tem como objetivo avaliar o risco de suicídio em pacientes com ideação suicida ⁽¹⁵⁾.

Esclarece-se que o instrumento se constitui de três partes que investigam, respectivamente, as características

sociodemográficas, o contexto que o indivíduo se encontra e a esfera suicida por ele apresentada, totalizando 12 itens investigados e distribuídos entre estas três partes. Para cada resposta afirmativa às três perguntas da primeira parte vale um ponto; dois pontos para cada resposta afirmativa às sete perguntas da segunda parte, e três pontos para cada resposta afirmativa às duas perguntas que compõem o último aspecto do instrumento. As respostas negativas equivalem a zero ponto em qualquer item ⁽¹⁵⁾.

Assim, a pontuação total no índice de risco suicídio varia entre 0 e 20 pontos, sendo o cálculo final realizado através da seguinte fórmula: $(S \times 1) + (C \times 2) + E = RS$, onde S corresponde ao número de respostas afirmativas no item sociodemográfico; C, representa o número de respostas afirmativas no contexto apresentado; E significa o número de respostas afirmativas na esfera suicida; e RS é o somatório que representa o Risco de Suicídio. A caracterização e exposição dos riscos evidenciados pelos integrantes da amostra do estudo foram apresentados em Scores, onde o Score total ≤ 5 é considerado como risco reduzido para suicídio, Score total ≥ 5 e ≤ 10 risco intermédio, Score total ≥ 10 apresenta risco elevado ⁽¹⁵⁾.

Após coleta, o paciente foi informado sobre resultado obtido, prezando-se pelo esclarecimento de informações e realização de escuta ativa/terapêutica. A escuta serve como uma forma de compreender o outro através da comunicação, trazendo um método positivo de

respeito, interesse e empatia. Dessa forma, torna-se terapêutico ⁽¹⁾.

A análise de dados se deu pelo pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), que se procede à análise utilizando técnicas estatísticas básicas e avançadas. Assim, utilizou-se a estatística descritiva para caracterizar o risco de suicídio entre pacientes submetidos à hemodiálise, sendo os dados apresentados em tabelas e confrontados com a literatura ⁽¹⁵⁾.

Partindo do princípio de que o ser humano é digno de respeito, ética e privacidade, este estudo seguiu as recomendações das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) N° 510/2016 e N° 466/2012, referentes a aplicações de normas em pesquisas sobre Ciências Humanas e Sociais e que normatiza as regras para pesquisas envolvendo seres humanos, respectivamente ^(16, 17).

Durante a execução da pesquisa houve risco mínimo para os participantes, principalmente relacionado ao constrangimento ou desconforto ao responder sobre o tema suicídio.

Vale ressaltar que, apesar dos riscos ou situações acima descritas, os benefícios

destacaram-se mediante o compilado de dados que permitiram o conhecimento sobre aquele público, análise das suas demandas e a busca sobre formas de auxiliar na resolução do problema.

RESULTADOS

A tabela abaixo se refere a uma consolidação das partes do instrumento que calcula o Índice para Risco de Suicídio (IRIS) ⁽¹⁵⁾, a saber: características sociodemográficas do paciente, o contexto individual e a esfera suicida apresentada.

A tabela 1 a seguir traz os dados referentes à distribuição de fatores de risco para suicídio relacionados ao contexto individual e cada item tem ponderação de dois pontos. Note-se que, dentre a amostra total, o fator de risco preponderante para o suicídio foi a presença de doença física (N=36, 100%). Isso já era esperado, visto que a amostra foi intencionalmente selecionada a partir do diagnóstico de insuficiência renal que condicionou o tratamento dialítico. Em seguida, aparecem a perda recente e/ou marcante (N=11, 39%), a doença psiquiátrica prévia (N=14, 31%) e o histórico familiar de suicídio (N=07, 19%).

Tabela – 1 Cálculo do o Índice para Risco de Suicídio de acordo com as características sociodemográficas do paciente, o contexto individual e a esfera suicida.

SOCIODEMOGRAFIA - PONDERAÇÃO 1

AMOSTRA TOTAL		CLASSIFICADOS COMO RISCO BAIXO		CLASSIFICADOS COMO RISCO INTERMEDIARIO		CLASSIFICADOS COMO RISCO ELEVADO	
N	%	N	%	N	%	N	%

SEXO								
MASCULINO	20	56%	8	67%	12	60%	2	50%
FEMININO	16	44%	4	53%	8	40%	2	50%
IDADE								
≥ 45	22	61%	7	58%	14	70%	1	25%
<45	14	39%	5	42%	6	30%	3	75%
RELIGIÃO								
SIM	30	83%	1	100%	16	80%	2	50%
NÃO	6	17%	0	0%	4	20%	2	50%
CONTEXTOS - PONDERAÇÃO 2								
ISOLAMENTO	4	11%	0	0%	3	15%	1	25%
PERDA RECENTE OU MARCANTE	14	39%	2	17%	9	45%	3	75%
ABUSO DE ÁLCOOL OU SUBSTÂNCIAS	5	14%	1	8%	3	15%	1	25%
DOENÇA FÍSICA	36	100%	1	100%	20	100%	4	100%
DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS	11	31%	0	0%	7	35%	4	100%
HISTÓRICO DE INTERNAMENTO PSQUIÁTRICO	3	8%	0	0%	2	10%	1	25%
HISTÓRICO FAMILIAR DE SUICÍDIO	7	19%	2	17%	3	17%	1	25%
ESFERA SUICIDA								
HISTÓRIA PESSOAL DE COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS	10	28%	0	0%	6	30%	4	100%
PLANO SUICIDA	2	6%	0	0%	0	0%	2	50%
TOTAL	36		12		20		4	

Fonte: Dados fornecidos pelo autor (Pesquisa direta, Iguatu-CE, 2021).

DISCUSSÕES

A tabela fornece dados relacionados às características sociodemográficas da amostra que contribuem para o risco de suicídio. Note-se que o sexo masculino, com valor um na escala IRIS, predominou com 56% da amostra (N=20).

Em contrapartida, o sexo feminino foi representado apenas por 44% (N=16). Estes achados denotam a presença de um fator de risco prevalente entre os participantes. Segundo a literatura, apesar das mulheres tentarem mais o suicídio, os homens são mais efetivos na concretização do ato por utilizarem maneiras irreversíveis e com grau de letalidade maior, como o uso da arma de fogo e pôr-se em situações de risco – como aventurar-se em locais de altura elevada. Já as mulheres, na maioria das vezes, ingerem substâncias nocivas, porém com alto grau de reversibilidade. Por isso, atribui-se a ponderação de um ponto àquele sexo ⁽¹⁸⁾.

Outro aspecto que pode ser analisado é o fato da população masculina ser mais acometida por doenças crônicas e suas complicações, corroborando com os achados desta pesquisa. Por não aceitarem que podem possuir vulnerabilidades e que necessitam de outras pessoas para atender as suas necessidades em saúde, contribui-se para o maior risco de processos de morbidades ⁽¹⁹⁾.

Ainda, segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), aponta-se o suicídio como a terceira maior causa entre as notificações de mortes no Brasil, o que

representa 7,4% dos óbitos, perdendo apenas para o homicídio e acidentes no trânsito ⁽²⁰⁾.

Outra característica sociodemográfica relevante para o risco de suicídio contemplada na IRIS é a idade, em que o maior risco (e, conseqüentemente, o maior valor de ponderação) entre pessoas com idade igual e/ou maior a 45 anos ⁽¹⁵⁾. Note-se que havia 22 pacientes nesta faixa etária, compreendendo 61% dos entrevistados.

Dentre a população de risco intermediário ao suicídio, as idades mais frequentes corresponderam a 45 anos ou mais, abrangendo 70% do público. Sabe-se que, nesta faixa etária, a população mais frequentemente apresenta doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Um estudo do tipo transversal para traçar a prevalência de DCNT no Brasil mostrou que, em média, 44,4% da população mais acometida por essas doenças possuem entre 35 e 59 anos ⁽²¹⁾.

A idade também é um dos fatores atrelados ao risco de suicídio, visto que a literatura mostra que a fase da velhice, muitas vezes, é vivenciada com desprazer. Grande parte desses idosos vive em condições de debilidade social, física e mental, além de serem isolados da sociedade, com disfunção do papel antes desempenhado por eles e por conviverem com o processo de morte e morrer entre de familiares e amigos ⁽²²⁾.

Ao se analisar a idade da população com risco elevado, percebe-se, entretanto, que 75% deles possuem menos que 45 anos. Isso condiz

com o perfil sociodemográfico de pessoas notificadas pelo SINAN no período de 2011 a 2016 por lesões autoprovocadas, em que 74,4% dos casos concentravam-se na faixa etária de 10 a 39 anos, principalmente por se relacionar a doenças crônicas, à diminuição da qualidade de vida e à disfunção dos papéis sociais ⁽²³⁾.

O terceiro item sociodemográfico investigado foi a religião. Ao serem questionados, 83% dos pacientes afirmaram ser de algum grupo ou crença religiosa. Quando indagados sobre a existência de fatores na religião que freassem alguém de cometer o ato suicidário, 33% relataram que religião e suicídio não têm relação, enquanto 67% associaram a religião como uma forma de apoio para a realização da hemodiálise sem perder a fé e a vontade de viver.

Todos os participantes com risco baixo demonstraram fazer parte de um grupo religioso e as respostas ao ser questionadas sobre o suicídio sempre vinham acompanhadas de frases do tipo: “Deus me livre”, ou “quem tem Deus não faz isso” e ainda “quando se tem fé dá tudo certo”.

Entre os participantes que apresentaram risco intermediário, 80% deles possuem uma devoção religiosa, mostrando que a religião é um fator muito importante e, muitas vezes, acolhedor para pessoas que passam por uma doença crônica e com um tratamento tão desgastante como é a hemodiálise. A religiosidade pode ser considerada um fator protetivo a doenças mentais ou ainda apontada

como forma de equilíbrio para a vida e diminuir os pensamentos e ideias suicidas ⁽²⁴⁾.

Isso é demonstrado, quando se nota que 50% dos pacientes com risco elevado não possui crenças, religião ou busca por prazer espiritual, diminuindo as chances pela busca do equilíbrio mental e social, de modo que se apeguem a algo mais forte para a diminuição de pensamentos de negação e que ponham suas vidas em risco.

O descontentamento em precisar conviver com uma doença crônica e de tratamento invasivo e prolongado, além da sensação de sobrevivência devido ao uso de máquinas e de medicamentos podem favorecer o surgimento de sentimento de tristeza, desconsolo e angústia. Tais sentimentos podem contribuir para o desenvolvimento de ideiação suicida.

A literatura relata ser corriqueiro algum tipo de ideiação suicida entre pacientes que enfrentam doença com elevado risco de morte e que gerem profunda debilidade. Isso se torna ainda mais acentuado quando os profissionais da saúde não conseguem perceber os sinais e sintomas, confundindo-os com o tratamento ou até mesmo com a sintomatologia da doença. Ainda, o conhecimento insuficiente sobre as consequências da patologia leva os indivíduos a perderem a força de vontade e o desejo de viver, gerando transtornos psicológicos e o pensamento suicida ⁽²⁵⁾.

Além disso, este contexto pode favorecer a busca por meios de aliviar as sensações negativas, como através do consumo de álcool e outras drogas, mesmo sabendo do uso

contraindicado para pessoas com IRC. No presente estudo, notou-se que 15% dos pacientes com risco intermediário faz o uso abusivo dessas substâncias e 25% das pessoas em risco elevado ⁽²⁶⁾.

Acrescenta-se, portanto, mais um fator de risco para o suicídio, revelando-se inclusive como uma ideação suicida, ainda que de forma passiva. A literatura ainda mostra que o uso de álcool ou substâncias que levem à fuga da realidade pode aumentar as chances de cometer suicídio, já que elevam e potencializam as possibilidades de realizar aquilo que não conseguiriam fazer se estivessem em condições de sobriedade ⁽²⁶⁾.

Neste sentido, ressalta-se a importância do convívio familiar, visto que a família é definida como uma das mais relevantes formas de apoio. Aponta-se que apoio familiar num contexto harmonioso e promoção da saúde estão diretamente ligados, pois quanto mais fortalecidos os laços familiares e menores as divergências enfrentadas pelas famílias, melhor será o suporte proporcionado ao paciente. Ainda, o apoio social consegue desempenhar funções que irão caracterizar o sujeito e ajudar a (trans)formar o meio onde ele vive ⁽²⁷⁾.

Considerando este fato, é importante salientar que, na amostra, apenas 11% dos pacientes vivem em situação de isolamento, ou sem apoio familiar para o tratamento. Destes, 15% estão no grupo de risco intermediário e 25% no grupo de risco elevado, enquanto nenhum dos participantes que estão em risco baixo

apresentou esse fator de risco. Estes achados possibilitam inferir sobre a contribuição da convivência e suporte familiar na proteção para o suicídio na população investigada.

Ainda, o apoio da família traz amparo no processo de perdas recentes ou marcantes que podem ser vivenciadas, como o luto por um ente familiar, a doença e/ou tratamento prolongado de alguém do convívio, bem como a mudança de vida sofrida quando da perda de emprego e/ou modificação no papel social. Quando, no âmbito familiar, há a aproximação mútua, o paciente consegue sentir-se confortável para lidar com a sensação de perda ⁽²⁸⁾.

Desse modo, ao observar os dados da pesquisa, nota-se que é válido esse apoio no processo de perdas recentes e marcantes, pois, apesar desses acontecimentos traumáticos em 17% dos pacientes de risco baixo para o suicídio, ainda assim continuaram com a mesma classificação de risco.

Deve-se esclarecer que o luto é tido como um reflexo vivido individualmente por pessoas que perderam alguém ou algo do seu meio social, o que desencadeia vários sentimentos, sejam eles de revolta, ira, tristeza, até chegar ao processo de aceitação, que é o último e o mais difícil de ser alcançado. O sentimento de impotência gerado poderá levar ao suicídio ⁽²⁹⁾.

Essa sensação de perda ou processo de luto pode ter uma evolução desagradável, gerando uma condição chamada luto complicado, caracterizado por sintomas psicológicos, como a depressão, o abuso de

álcool, doenças físicas e ainda a ideação do suicídio, levando a uma reação inesperada, como o desejo de estar ao lado da pessoa que morreu. Isso é evidenciado pelos pacientes entrevistados que apresentaram risco elevado, em que 75% destes obtiveram esse sentimento cuja morte era considerada como algo irreal ⁽³⁰⁾.

Cabe destacar que, mesmo o suicídio sendo um problema multifatorial, com interferência de aspectos culturais e de crenças, psicossociais e psicodinâmicos, ambientais, genéticos, entre outros, o fator mais preponderante para a concretização do ato suicida é o transtorno mental ⁽³⁰⁾. Dentre os pacientes de risco intermediário e grave, 35% e 100%, respectivamente, apresentaram algum distúrbio e/ou transtorno psicológico, sendo os mais comuns a depressão e a ansiedade. Destes, 35% tiveram internamento em alguma instituição psiquiátrica.

No tocante sobre o histórico familiar de suicídio, outro aspecto importante do contexto individual avaliado pelo IRIS, observou-se que 9% de todos os pacientes passaram por essa situação em um determinado momento de sua vida. Sabe-se que um importante fator de risco para o ato suicidário é o componente hereditário, principalmente em famílias cuja depressão é comum. Por se tratar também de um processo de morte e de luto, o suicídio dentro da família gera um transtorno psicológico entre todos os envolvidos. Porém, o enfrentamento desta situação depende de cada indivíduo, incluindo

desde maneiras mais fáceis até as mais complexas, como a ideação suicida ⁽⁹⁾.

A terceira parte do instrumento utilizado para avaliar o risco de suicídio na amostra considera a esfera suicida individual. Os dados referentes a isso se encontram compilados na tabela 05 a seguir. Note que, ao abordar sobre o histórico de comportamentos suicidários, tem-se que 100% das pessoas com risco grave apresentaram comportamentos para suicídio ou desejo em cometer o ato. Isso era relatado principalmente quando se tinha tratamento prolongado, quando se viam presos a um processo a máquinas para executar suas funções, sem perspectivas de melhora. O fato de não conseguir ter o controle de suas funções orgânicas deixa o paciente susceptível a se suicidar após uma luta árdua contra a DRC e o uso da hemodiálise ⁽³¹⁾.

Ainda considerando a esfera suicida individual, foi investigada sobre a presença de um plano suicida. Entende-se por plano suicida como uma forma do indivíduo definir dia, hora, local e forma de morrer. Difere da eutanásia ou suicídio assistido por este contar com a ajuda de outra pessoa, sendo prática proibida no Brasil de acordo com a Constituição Federal de 1988. Dos pacientes entrevistados, 50% das pessoas com risco grave relataram já ter um plano sobre a forma como queriam morrer, sendo de ambos os sexos. Alguns relatos incluíam o envolvimento voluntário em um acidente de trânsito ou pular de um prédio ⁽²⁹⁾.

Muitas vezes, a perda de controle, a forma de ver outras pessoas sofrendo no mesmo ambiente em que está inserido mostra que não é daquela forma que se deseja terminar a vida, levando os pacientes a decidir como será quando chegar a sua vez ⁽³²⁾.

CONCLUSÃO

Ao término dessa pesquisa, foi possível observar que o risco de suicídio em pacientes submetidos à hemodiálise é um problema relevante e grave, que atinge os mais variados grupos sociais, predominando-se em pessoas do sexo masculino, com faixa etária de 30 a 50 anos e há muito tempo inseridos no programa de terapia dialítica.

O estudo demonstrou que esses pacientes passam por uma série de transtornos, tanto para aceitar a doença de base e suas complicações, como para aderir e realizar o tratamento da forma correta. Pôde-se perceber que muitos se demonstraram faltosos nas sessões de hemodiálise. Ainda, foi possível observar que não seguiam as orientações prescritas pela equipe de saúde, ao fazer uso de bebida alcoólica e outras drogas e a falta de adesão à dieta recomendada pelos nutricionistas. Foi comum observar, durante as visitas ao serviço, pacientes alimentando-se de *fast food* e industrializados antes de realizarem o procedimento de hemodiálise. Essas práticas podem, portanto, caracterizar como tentativas de suicídio de maneira passiva.

Cabe destacar que os pacientes são acompanhados por equipe multiprofissional, contando com o atendimento pelo psicólogo. Trata-se de pacientes diretamente inseridos em risco para suicídio uma vez que, além dos problemas ligados ao tratamento e suas limitações, ainda convivem com outros na mesma situação, compartilhando as aflições e, por vezes, percebendo alguns passarem por situações piores, como foi o caso de um óbito que ocorreu durante uma sessão da terapia, deixando todos bastante abalados e eufóricos quanto ao tratamento.

Ao exposto, percebe-se que este é um público que necessita de uma atenção individualizada, assistencial e terapêutica, com vistas a minimizar os sofrimentos físico e psíquico, além de alcançar melhor adesão ao tratamento. Desse modo, sugere-se a criação de uma tecnologia na admissão desses pacientes à terapêutica dialítica, para identificar quais as suas principais demandas e trabalhar com os riscos durante todo o tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Schuster JT, Feldens VP, Iser BPM, Ghislandi GM. Avaliação de sintomas depressivos em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise em Tubarão. Rev AMRIGS. 2015;59(1):15-19.
2. Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia. História da hemodiálise [Internet]. São Paulo: SOBEN; 2017. [citado 2019 Nov 25]. Disponível em: <https://soben.org.br/historia-da-hemodialise>.



3. Costa GF, Coutinho LPM. Hemodiálise e depressão: representação social dos pacientes. *Psicol em Estudo* [Internet]. 2014 [citado 2018 Nov 27]; 19(4):657-67. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/dw7SmkcXY9d9KGdTWKXM86K/?format=pdf&lang=pt>
4. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diretrizes da AMB sociedade brasileira de nefrologia: insuficiência renal aguda [Internet]. São Paulo: SBN; 2013. [citado 2018 Nov 27]. Disponível em: https://sbn.org.br/app/uploads/Diretrizes_Insuficiencia_Renal_Aguda.pdf
5. Leimig MBC, Lira RT, Peres FB, Ferreira AGC, Falbo AR. Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e esperança em pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. *Rev Soc Bras Clín Méd* [Internet]. 2018 [citado 2019 Jun 19]; 16(1):30-36. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/322/293>
6. Moura Junior JA, Souza CAM, Oliveira IR, Miranda RO, Teles C, Moura Neto A. Risco de suicídio em pacientes em hemodiálise: evolução e mortalidade em três anos. *J Bras Psiquiatria* [Internet]. 2008 [citado 2019 Jun 19]; 57(1):44-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/xKyZ8NTS9qKFFQfHtcxD3bS/?format=pdf&lang=pt>
7. Carmo EA, Ribeiro BS, Nery AA, Casotti CA. Tendência temporal da mortalidade por suicídio no estado da Bahia. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2019 Jun 19]; 23(1): e52516. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4836/48365548007/48365548007.pdf>
8. Moreira DL, Moreira DL, Martins MC, Gubert FA, Sousa FSP. Perfil de pacientes atendidos por tentativa de suicídio em um Centro de Assistência Toxicológica. *Cienc Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2019 Jun 19]; 20(2):63-75. Disponível em: https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n2/art_07.pdf
9. DATASUS - Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Sistema de Informação sobre mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [citado 2018 Nov 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?si/cnv/evitb10uf.def>
10. Silveira DT, Córdova FP. Métodos de pesquisa. *A pesquisa científica* [Internet]. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2009. [citado 2018 Nov 24]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>
11. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2010.
12. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Trad. de Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed; 2004.
13. Governo do Estado do Ceará (BR). Secretaria do Planejamento e Gestão. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Perfil Básico Iguatu. Fortaleza: IPECE; 2017 [citado 2018 Nov 24]. Disponível em: https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2018/09/Iguatu_2017
14. Centro de Nefrologia do Igatu (BR). Clínica Médica. Igatu (CE): CNI; 2018.
15. Veiga AF. IRIS: Um novo índice de avaliação do risco de suicídio. *Psiquiatria Clínica* [Internet]. 2014 [citado 2019 Jun 19]; 35(2): 65-72. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/61498596.pdf>
16. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 2012.
17. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.



- Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: CNS; 2016.
18. Ribeiro NM, Castro SS, Scatena LM, Haas VJ. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. *Texto contexto – Enfermagem* [Internet]. 2018 [citado 2019 Jun 19]; 27(2):e2110016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/CyLcKWmF5HMKLH3ZcQZ9Zyj/>
19. Bidinotto DBNP, Simonetti JP, Bocchi SCM. A saúde do homem: doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social. *Rev Latino-Americana Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2019 Jun 19]; 24: 1-8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281449727158>
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [citado 2019 Jun 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf.
21. Theme Filha MM, Souza Junior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015 [citado 2019 Jun 19]; 18 (Suppl 2): 83-96. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/z5BVRyb7cG67yLg9BYCMmgQ/?format=pdf&lang=pt>
22. Fraga WS, Massuquetti A, Godoy MR. Os determinantes socioeconômicos do suicídio: um estudo para os municípios do Brasil e do Rio Grande do Sul. *Rev Econômica* [Internet]. 2016 [citado 2019 Jun 19]; 18(2). Doi: <https://doi.org/10.22409/reuff.v18i2.35004>. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistaeconomica/article/view/35004>
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2017 [citado 2018 Dez 19]; 48(30):2-14. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/apresentacoes/2017/2017-025-perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-brasil-e-a-rede-de-aten-ao-a-sa-de-pdf>
24. Reis CMB, Silva YB. Qualidade de vida e suporte social de pessoas com histórico de comportamento suicida [graduação]. Lagarto: Universidade Federal de Sergipe; 2018.
25. Santos MA. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Ciêns Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [citado 2019 Jun 19]; 22(9):3061-75. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7kDcPhrFjp5MJgScQwfdVvQ/abstract/?lang=pt>
26. Ribeiro DB, Terra MG, Soccol KLS, Schneider JF, Camillo LA, Plein FAS. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2019 Jun 19]; 37(1):e-54896. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/PxFYhZfL9sH6NLp9dSFtKMq/abstract/?lang=pt>
27. Figueiredo VFD. Hemodiálise: percepção dos doentes sobre o apoio social [Internet]. [dissertação]. Universidade Católica Portuguesa; 2015 [citado 2019 Jun 19]. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19519/1/Tese%20Mestrado%20Vanessa%20Figueiredo.pdf>.
28. Delalibera M, Presa J, Coelho A, Barbosa A, Franco MHP. A dinâmica familiar no processo de luto: revisão sistemática da literatura. *Ciêns Saúde Coletiva* [Internet].



- 2015 [citado 2019 Jun 19]; 20(4): 1119-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZVPnvNxXmyj jktGfNYmVjVq/abstract/?lang=pt>
29. Santos WS, Ulisses SM, Costa TM, Farias MG, Moura DPF. A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. *Psicol Saúde Doenças* [Internet]. 2016 [citado 2019 Jun 17]; 17(3):515-26. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1645-00862016000300016.
30. Nunes FDD, Pinto J, Lopes M, Enes C, Botti NCL. O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: Revisão integrativa. *Rev Port Enf Saúde Mental* [Internet]. 2016 [citado 2019 Jun 19]; 15: 17-22. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000100003&lng=pt&nrm=iso.
31. Andrade SV, Sesso R, Diniz DHDMP. Desesperança, ideação suicida e depressão em pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise ou transplante. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2015 [citado 2019 Jun 17]; 37(1):55-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/Qmgh6vDrBBcLVffsZN4jWGB/?format=pdf&lang=pt>
32. Documentaryondemand. O plano de suicídio: o mundo oculto do suicídio assistido nos EUA [Internet]. YouTube [Vídeo]. 22 de mar. de 2014 [citado 2019 Jun 17]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=DQCmhZDUu7M>.

Contribuição dos autores

¹Contribuiu substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção, na análise e interpretação de dados.

²Revisão do texto e adição de partes significativas do trabalho.

³ Revisão do texto e adição de partes significativas do trabalho

⁴Revisão crítica do texto, adição de partes significativas do trabalho e padronização das normas de acordo com a revista.

⁵ Revisão do texto e adição de partes significativas do trabalho

⁶Contribuiu substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção, na análise e interpretação de dados.

⁷Revisão do texto e adição de partes significativas do trabalho.

⁸Revisão do texto e adição de partes significativas do trabalho.

Fomento: não há instituição de fomento

Editor Científico: Francisco Mayron Moraes Soares. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7316-2519>