

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE

PATRÍCIA MADRUGA RÊGO BARROS

DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES NO
PRÉ E PÓS-TRANSPLANTE RENAL

RECIFE

2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE



PATRÍCIA MADRUGA RÊGO BARROS

DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES NO
PRÉ E PÓS-TRANSPLANTE RENAL

RECIFE

2008

Barros, Patrícia Madruga Rêgo

Depressão e qualidade de vida em pacientes no pré e pós-transplante renal / Patrícia Madruga Rego Barros. – Recife : O Autor, 2009.

76 folhas : il., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Ciências da Saúde, 2009.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Transplante de órgãos e tecidos – Aspectos psicossociais. 2. Depressão pré e pós transplante. 3. Qualidade de vida pré e pós-transplante. I. Título.

616-089.843
617.95

CDU (2.ed.)
CDD (22.ed.)

UFPE
BC2009-023

PATRÍCIA MADRUGA RÊGO BARROS

**DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES NO
PRÉ E PÓS-TRANSPLANTE RENAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

ORIENTADORA

Prof^a. Dra. Luciane Soares de Lima

RECIFE

2008



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**RELATÓRIO DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE PATRÍCIA MADRUGA REGO BARROS,
ALUNA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, TURMA
INICIADA EM 2006 (DOIS MIL E SEIS)**

Às nove horas, do dia dezenove de dezembro de dois mil e oito, no Auditório do Prédio das Pós-Graduações do CCS, tiveram início, pelo Coordenador do Curso, Prof^o. Dr. Edmundo Pessoa de Almeida Lopes Neto, o trabalho de Defesa de Dissertação, da mestranda Patrícia Madruga Rego Barros, para obtenção do **Grau de Mestre em Ciências da Saúde** do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. A Comissão Julgadora eleita pelo Colegiado do Curso e homologada pelas Câmaras de Pesquisa e Pós-Graduação foi formada pelos professores: **Dr^a Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos**, na qualidade de Presidente, do Departamento de Enfermagem da UFPE, **Dr^a Iracema da Silva Frazão**, do Departamento de Enfermagem da UFPE e **Dr^a Maria Gorete Lucena de Vasconcelos**, do Departamento de Enfermagem da UFPE. A Dissertação apresentada versou sobre: “Depressão e Qualidade de Vida em Pacientes no Pré e Pós-Transplante Renal” tendo como orientador a Prof^a Dr^a Luciane Soares de Lima, do Departamento de Enfermagem da UFPE. Após a explanação de 30 minutos feita pela candidata, justificando a escolha do assunto, objetivos da Dissertação, metodologia empregada e resultados obtidos, ilustrados com diapositivos, foram realizadas as arguições pela Banca Examinadora, todos no tempo regulamentar e respondido pela candidata. Ao término das arguições, a Banca avaliou em secreto e proferiu o seguinte resultado: aprovada. Nada mais havendo a registrar, foram encerrados os trabalhos, do que, para constar, foi elaborado o presente relatório que vai assinado pelo Senhor Presidente e demais membros da Comissão Julgadora. Recife, 19 de dezembro de 2008.

Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

Prof^a Dr^a Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos (Presidente)

Iracema da Silva Frazão

Prof^a Dr^a Iracema da Silva Frazão

Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Prof^a Dr^a Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Amaro Henrique Pessoa Lins

VICE-REITOR

Prof. Gilson Edmar Gonçalves da Silva

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. José Thadeu Pinheiro

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

DIRETOR SUPERINTENDENTE

Prof. George da Silva Telles

DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA

Prof^a. Jocelene Madruga

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

COORDENADOR

Prof. Edmundo Pessoa de Almeida Lopes Neto

VICE-COORDENADORA

Prof^a. Ana Lúcia Coutinho Domingues

CORPO DOCENTE

Prof^a. Ana Lúcia Coutinho Domingues

Prof^a. Ângela Luiza Pinto Duarte

Prof. Antônio Roberto Leite Campelo

Prof. Brivaldo Markman Filho

Prof. Edgar Guimarães Victor

Prof. Edmundo Pessoa de Almeida Lopes Neto

Prof. Ênio Torreão Soares Castellar

Prof. Fernando Tarcísio Miranda Cordeiro

Prof^a. Heloísa Ramos Lacerda de Melo

Prof. Hilton de Castro Chaves Jr.

Prof. José Ricardo Barros Pernambuco

Prof. Lurildo Cleano Ribeiro Saraiva

Prof^a. Maria de Fátima Militão de Albuquerque

Prof^a. Luciane Soares de Lima

Dedico este trabalho a minha filha Maria, por ser a maior razão da minha vida e ter me impulsionado à conclusão deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e determinação para atingir os meus objetivos.

Aos meus pais, por proverem os meios para que eu alcançasse esta meta, com muito amor e carinho.

Ao meu esposo, pela dedicação e conforto nos momentos mais difíceis.

À minha irmã e tias, pelo cuidado com a minha filha e pelo apoio emocional dispensados.

Ao meu primo Fernando, pela disponibilidade e carinho.

Às minhas amigas queridas, por entenderem minha ausência.

Aos meus colegas de trabalho, especialmente à Dra. Lúcia Freitas, Dra. Renata Lemos, Dra. Maria José Mesquita, Dra. Anamaria Leite, Dra. Flávia Guerra e ao Dr. Carlos Alberto Gurgel, pelo incentivo e por acreditarem que seria possível atingir esse objetivo.

À minha orientadora Dra. Luciane Soares de Lima, pela grande contribuição científica e paciência.

Aos pacientes, por concordarem em participar deste estudo e pelo afeto dispensado.

Aos Professores Dr. Edmundo Pessoa de Almeida Lopes Neto, Dra. Cleide Maria Pontes, Dr. Frederico Castelo Branco Cavalcanti, Dra. Eliane Ribeiro de Vasconcelos, Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos e Dra. Iracema da Silva Frazão, pela importante contribuição nas correções durante a pré-banca e a banca examinadora.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDI	Beck Depression Inventory
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CDL	Catéter duplo lúmen
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNCDO	Central de Notificação, Capacitação e Distribuição de Órgãos
DM	Diabetes Mellitus
EUA	Estados Unidos da América
HC-UFPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
HLA	Human Leukocyte Antigens
IRC	Insuficiência renal crônica
OKT3	Anticorpo Monoclonal – Orthoclone
QV	Qualidade de Vida
SF-36	Medical Outcomes Study 36-item Short- Form Health Survey
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIPAC	Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva
TMO	Transplante de medula óssea
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo características sócio-demográficas acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife, 2007.....	43
Tabela 2	Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo idade, renda e tempo de diálise, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife, 2007.....	44
Tabela 3	Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo níveis de depressão, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife, 2007.....	45
Tabela 4	Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo níveis de depressão, conforme o tempo de transplante, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife, 2007.....	45
Tabela 5	Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo níveis de depressão, conforme o tempo de diálise, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife, 2007.....	46
Tabela 6	Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo escores médios dos domínios do questionário SF-36, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife, 2007.....	47
Tabela 7	Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo escores médios dos domínios do questionário SF-36, conforme o tempo de transplante, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife, 2007.....	48
Tabela 8	Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo escores médios dos domínios do questionário SF-36, conforme o tempo de diálise, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife, 2007.....	49

SUMÁRIO

RESUMO	10
ABSTRACT	11
REFERÊNCIAS	12
1 ARTIGO DE REVISÃO	14
Transplante de Órgãos e Tecidos: Aspectos Históricos, Ético-Legais, Emocionais e Repercussão na Qualidade de vida	15
Resumo.....	16
<i>Abstract</i>	17
1.1 Introdução.....	18
1.2 Método.....	19
1.3 Aspectos históricos.....	19
1.4 Aspectos legais e éticos.....	21
1.5 Qualidade de vida e aspectos emocionais.....	26
1.6 Considerações finais.....	29
Referências	30
2 ARTIGO ORIGINAL	35
Depressão e Qualidade de Vida em Pacientes no Pré e Pós-Transplante Renal.	36
Resumo.....	37
<i>Abstract</i>	38
2.1 Introdução.....	39
2.2 Pacientes e métodos	40
2.3 Resultados.....	42
2.4 Discussão.....	50
2.5 Considerações finais	55
Referências	56
APÊNDICES	61
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	62
APÊNDICE B – Formulário para caracterização da amostra.....	63
ANEXOS	64
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em pesquisa	65

ANEXO B – Questionário de Qualidade de Vida SF-36	66
ANEXO C – Inventário de Depressão de Beck (BDI)	74

RESUMO

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma deterioração progressiva e irreversível da função renal, na qual a capacidade do organismo em manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico falha. O início é insidioso e tem como principais causas a hipertensão arterial e a diabetes mellitus⁽¹⁻²⁾. O paciente com IRC fica restrito a dois tipos de tratamento: a terapia renal substitutiva ou o transplante, sendo este último a modalidade que oferece melhor qualidade de vida, possível redução do risco de mortalidade⁽²⁻³⁻⁴⁾ e menor custo em relação à diálise². A evolução dos transplantes de órgãos representou grande avanço técnico- científico, melhorando significativamente a sobrevida do doente renal crônico e de outros portadores de doença crônica. No entanto, houve um distanciamento de aspectos importantes envolvidos nesse contexto, como os emocionais e psicossociais⁽⁵⁾. Porém, esses aspectos vêm ganhando destaque nas produções científicas nacionais e internacionais e repercutindo positivamente no manejo terapêutico com os pacientes⁽⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰⁾. A preocupação com os aspectos psicossociais é fundamental para o sucesso do tratamento⁽⁶⁻¹¹⁾, pois estes interferem na percepção e avaliação da doença, na adesão ao tratamento e na qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica⁽¹¹⁾. Considerando-se a importância do assunto para os portadores de doença renal crônica, candidatos a transplante renal, bem como para os pós-transplantados renais, realizou-se, no ano de 2007, estudo sobre a depressão e qualidade de vida em pacientes renais no pré e pós-transplante acompanhados no Ambulatório de Transplante Renal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE). Desta pesquisa resultaram dois artigos que compõem esta dissertação de mestrado. O primeiro é uma revisão da literatura sobre qualidade de vida (QV) e alguns aspectos históricos, éticos, legais e emocionais que envolvem os transplantes de órgãos e tecidos, recorreu-se às bases de dados Medline, Scielo e Lilacs, utilizando os seguintes descritores: depressão, qualidade de vida, transplante de órgãos, doença crônica. Foram utilizados também livros-texto e artigos citados nas referências obtidas na revisão. O segundo, configurado sob a forma de artigo original, teve como objetivo analisar a ocorrência de depressão e qualidade de vida em pacientes renais no pré e pós-transplante acompanhados no ambulatório de Transplante Renal do HC-UFPE, dos meses de julho a dezembro de 2007.

Palavras-chave: depressão, qualidade de vida, transplante de órgãos, doença crônica

ABSTRACT

Chronic renal failure (CRF) is a progressive deterioration, irreversible, renal function, in which the ability of the organization in maintain metabolic rates and hydroelectrolytic failure begins insidious and presents as main causes hypertension and diabetes mellitus⁽¹⁻²⁾. The patient with IRC is restricted to two types of treatment, the dialysis or a transplant, the last being the type of treatment which offers better quality of life, a possible reduction in the risk of mortality⁽²⁻³⁻⁴⁾ and lower cost compared to dialysis⁽²⁾. The evolution of organ transplant represented a major breakthrough technical-scientific, significantly improving the survival of the chronic renal patient and other individuals with chronic disease, however, there was a detachment of important issues involved in this context as the emotional and psychosocial aspects⁵. However, those aspects are gaining prominence in scientific national production and international impacting positively on the management treatment with patients⁽⁵⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁾. The concern with the psychosocial aspects is fundamental to a successful treatment⁽⁶⁻¹¹⁾, because they interfere with the perception and evaluation of disease, in adherence to treatment and quality of life of kidney patients⁽¹¹⁾. Considering the importance of the issue for the population of kidney chronic, candidates for kidney transplantation and for the post - kidney transplant took place in the year 2007, study on depression and quality of life in patients with pre and post renal transplant accompanied at “Hospital das Clínicas” at the Federal University of Pernambuco (HC-UFPE). This search resulted in two articles that make this Masters dissertation. The first one consists of a literature review on quality of life (QOL), historical, ethical, legal and emotional, involving the transplantation of organs and tissues. To do so is sought on the basis of Medline, Scielo, Lilacs, using search for the following descriptors: depression, quality of life, transplantation of kidney and chronic illness factors were also used text books and articles cited in the references obtained in the review. The second article, original, set up in study on depression and quality of life in patients with pre and post transplantation at HC - UFPE, held in the Clinic of Renal Transplantation, the said institution, between the months of July to December 2007, with the design type descriptive exploratory, with quantitative approach to cohort cross. Aimed to examine depression and quality of lives of patients in the pre and post renal transplantation.

Keywords: Depression, quality of life, organ transplantation, chronic disease.

REFERÊNCIAS

-
- 1 Brunner LS, Suddart, DS. Nova prática de enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1994.
 - 2 Cunha CB, Leon ACB, Schramm JMA, Carvalho MS, Paulo Junior RBS, Chain R. Tempo até o transplante e sobrevida em pacientes com insuficiência renal crônica no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. *Cad saúde pública*. 2007;23(24):805-13.
 - 3 Castro M, Caiuby AVS, Draibe SA, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev Assoc Med Bras*. 2003;49(3):245-9.
 - 4 Riella MC. Insuficiência renal crônica: fisiopatologia da uremia. In: Riella MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. cap. 36, p. 475.
 - 5 Pietrovsk V, Dall'Agnol CM. Situações significativas no espaço-contexto da hemodiálise: o que dizem os usuários de um serviço? *Rev bras enferm*. 2006; 59(5):630-5.
 - 6 Contel JOB, Sponholz Jr A, Torrano-Masetti LM, Almeida AC, Oliveira EA, Jesus JS, et al. Aspectos psicológicos e psiquiátricos do transplante de medula óssea. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2000;33(3):294-311.
 - 7 Mendes AC, Shiratori K. As percepções dos pacientes de transplante renal. *Nursing (São Paulo)*. 2002;5(44):15-22.
 - 8 Virzi A, Signorelli MS, Veroux M, Giammarresi G, Maugeri S, Nicoletti A, et al. Depression and quality of life in living related renal transplantation. *Transplant proc*. 2007;39(6):1791-3.
 - 9 Shah VS, Ananth A, Sohal GK, Bertges-Yost W, Eshelman A, Parasuraman RK, et al. Quality of life and psychosocial factors in renal transplant recipients. *Transplant proc*. 2006;38(5):1283-5.
 - 10 Baines LS, Joseph JT, Jindal RM ve ark. Emotional issues after kidney transplantation: a prospective psychotherapeutic study. *Clin transplant*. 2002;16(6):450-4.

-
-
- 11 Almeida AM, Meleiro AMAS. Depressão e insuficiência renal crônica. J bras nefrol. 2000;22(1):192-200.D

1. ARTIGO DE REVISÃO

Transplante de órgãos e tecidos: Aspectos históricos, ético-legais, emocionais e repercussão na qualidade de vida

Issues involved in transplantation of organs and tissues: historical, ethical, legal, emotional aspects and its influence in the life quality.

Patrícia Madruga Rêgo Barros, Mestranda, em Ciências da Saúde pela UFPE, especialista em nefrologia na área de enfermagem e enfermeira do Hospital das Clínicas, Recife-PE, Brasil.

Luciane Soares de Lima, Doutora em Ciências Pneumológicas pela UNIFESP/EPM e Prof^ª. Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFPE.

Endereço para correspondência:

Patrícia Madruga Rêgo Barros

Rua Capitão Ponciano, 63 Barro CEP 50780-040 Recife-PE, Brasil.

Tel: (081) 91427665; e - mail: patricia-madruga@hotmail.com

Resumo

Os avanços tecnológicos, essenciais para a humanidade, em muito contribuíram para a evolução no âmbito da saúde. No entanto, a humanização continua sendo um desafio, talvez por envolver aspectos emocionais e psicossociais fundamentais para o sucesso de qualquer tipo de tratamento. Os transplantes de órgãos e tecidos, como parte integrante dessa evolução técnico-científica, vêm se configurando como uma opção válida e, muitas vezes, constituem a única alternativa viável para o doente crônico. Apesar dos avanços no tratamento dialítico, o transplante renal vem sendo apontado como a melhor opção, tendo em vista proporcionar melhor qualidade de vida para o paciente com insuficiência renal crônica. Porém, é válido ressaltar que, como qualquer tratamento, o transplante tem implicações que precisam ser discutidas, no intuito de evitar frustrações e ou complicações emocionais e psíquicas aos pacientes que se submetem ao procedimento.

O objetivo deste artigo é apresentar a produção científica sobre qualidade de vida e alguns aspectos históricos, éticos, legais e emocionais que envolvem os transplantes de órgãos e tecidos. Consultas foram realizadas nas bases de dados Medline, Scielo e Lilacs, envolvendo adultos, utilizando para pesquisa os seguintes descritores: depressão, qualidade de vida, transplante de órgãos e doença crônica, além de consulta a livros-texto. A produção científica pesquisada evidenciou dois aspectos relevantes: O primeiro, a significativa evolução tecnológica e de políticas públicas voltadas para os transplantes de órgãos e tecidos, no Brasil; O segundo, no entanto, evidencia uma pequena valorização dos aspectos emocionais e sociais, com repercussões psíquicas e na qualidade de vida dos pacientes. Observou-se também, uma desproporção entre o número de órgãos viáveis para transplante e a crescente lista de espera, relacionada à falha na notificação dos casos de morte encefálica e na abordagem para solicitação da doação, tendo como consequência um elevado número de óbitos ainda na fila de espera. Além disso, foi verificado que a população desconhece o conceito de morte encefálica e tem receio do comércio de órgãos, demonstrando o pouco investimento para o esclarecimento dessas questões e, conseqüentemente, a necessidade de campanhas educativas para preencher esta lacuna.

Palavras-chave: depressão, qualidade de vida, transplante de órgãos, doença crônica.

Abstract

Technological advances, which are essential for humanity to a much contributed to developments in the fields of health, however, was given a minor emotional and psychosocial aspects critical to the success of any treatment. The transplantation of organs and tissues, as part of technical and scientific developments, have been set up as a very valid option and often corresponded to the only viable alternative for chronic patients. Despite the also technological development of dialysis treatment, renal transplantation has been described as the best option in order to provide better quality of life for chronic kidney patient. But it is valid to emphasize that, like any treatment, the transplant has implications that need to be clarified in order to avoid future frustrations and complications or emotional and psychological. This article aims to have a literature review on quality of life, some historical, ethical, legal and emotional involving the transplantation of organs and tissues. It was sought in Medline, Scielo and Lilacs, involving adults, to search using the following descriptors depression, quality of life, transplantation of kidney and chronic disease as well as consultation on text books and articles cited in the references obtained in the review. The scientific production presented had two relevant aspects: the significant technological and evolution and policies concerned with the transplantation of organs and tissues in Brazil and the evidence of an insignificant value people give to emotional and social aspects in patient's life quality. It was also observed a disproportional between the number of viable organs and the crescent waiting list, related to the failure in the notification of cases of cerebral deaths and to the failure in approaching the families to donate the organs of their family member. This brings as a consequence a high number of deaths of people that were waiting for the donation. In addition, it was observed that people does not know anything about cerebral death and that they are afraid of the organs trade, showing that there is no sufficient investment in this question.

Keywords: Depression, quality of life, organ transplantation, chronic disease.

1.1 Introdução

O desenvolvimento dos transplantes e sua aplicação no tratamento de doenças terminais de alguns órgãos converteram-se num dos temas de maior êxito na história da medicina. Os avanços no manejo imunológico, nas técnicas cirúrgicas, nos cuidados intensivos, além da introdução de drogas imunossupressoras mais modernas e de soluções de preservação mais eficientes, contribuíram para melhorar os resultados dos transplantes⁽¹⁾.

Porém, é importante mencionar que a evolução técnico-científica não pode suplantar os aspectos emocionais e psicossociais durante a condução dos processos terapêuticos⁽²⁾. No entanto, essa temática vem sendo cada vez mais valorizada nas pesquisas científicas, sendo observado um maior quantitativo de trabalhos que abordam tais aspectos, considerados como causadores ou potencializadores de problemas no âmbito da saúde⁽³⁻⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁾.

Os aspectos éticos também são muito importantes nesse contexto. O transplante, como todo avanço técnico-científico que traz benefícios significativos, traz também problemáticas éticas que devem ser discutidas⁽⁹⁾.

No que diz respeito aos pacientes que se submeteram a um transplante renal, na prática diária, em uma unidade de transplante, são percebidos sentimentos e atitudes como: irritabilidade, revolta, culpa arrependimento, tristeza, ansiedade; observa-se também agressão verbal e física, evasão hospitalar, abandono do tratamento, verbalização do desejo de morte e tentativas de suicídio. Acredita-se que tais sentimentos e comportamentos possam estar atrelados a um manejo inadequado na etapa pré-operatória dos transplantes, assim como durante o internamento, necessitando de uma abordagem mais humanística para com esses pacientes⁽⁴⁻¹⁰⁾.

A decisão de fazer um transplante de órgão não é fácil, envolve uma série de questões que precisam ser levadas em consideração, como características socioeconômicas, cognitivas, culturais, ideológicas e religiosas, bem como a valorização dos medos, das dúvidas, dos anseios e perspectivas de cada paciente, por uma equipe multiprofissional que tenha um olhar para o indivíduo e não somente para a doença⁽²⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁾.

O conjunto desses fatores pode repercutir positiva ou negativamente na qualidade de vida dos pacientes, tendo em vista que o seu significado é diferenciado para cada indivíduo⁽¹³⁻¹⁴⁻¹⁵⁾.

Inquietante é o pouco conhecimento ou o conhecimento errôneo do paciente com relação à cirurgia a que será submetido: o risco no ato cirúrgico, as complicações clínicas e

cirúrgicas no pós-operatório, a possibilidade de perda do enxerto, a necessidade eventual de sessões de hemodiálise (mesmo após o transplante), as restrições alimentares, o quantitativo de medicações, o acompanhamento ambulatorial frequente, a espera pelo atendimento, a necessidade de realização de exames laboratoriais periódicos, o internamento, por vezes frequente, bem como, a restrição de acompanhantes⁽¹⁵⁾. São muitas as questões a serem assimiladas pelo paciente e sua família, e essas alterações repentinas em suas vidas precisam ser valorizadas pela equipe de saúde⁽¹⁰⁾.

O objetivo deste artigo é apresentar a produção científica sobre qualidade de vida e os aspectos históricos, éticos, legais e emocionais que envolvem os transplantes de órgãos e tecidos.

1.2 Método

Foram consultadas as bases de dados Medline, Scielo e Lilacs, envolvendo adultos, utilizando para pesquisa os seguintes descritores: depressão, qualidade de vida, transplante de órgãos e doença crônica, além de consulta a livros-texto.

1.3 Aspectos históricos

O transplante de órgãos foi objeto de muitas tentativas, ao longo de alguns séculos, sem contudo nenhuma possibilidade de êxito, face ao desconhecimento dos fenômenos biológicos envolvidos na interação do receptor com o enxerto⁽¹⁶⁾.

Há relatos antigos abordando este tema na literatura, desde a medicina aiurvédica na Índia, e na Grécia, porém, foi durante a Segunda Guerra Mundial que ficou definida as principais bases biológicas do transplante, denominadas “leis do transplante”. Nesse período, Peter Medawar e Thomas Gibson realizaram experimentos com transplante de pele, em indivíduos com queimaduras decorrentes da guerra, e descreveram o processo de rejeição e de não-rejeição, quando utilizado enxerto de outro indivíduo e do mesmo indivíduo, respectivamente⁽¹⁶⁾.

Em 1890, foi realizado o primeiro autotransplante de tecido ósseo, pelo escocês Macewen⁽¹⁷⁾. Apenas em 1905, deu-se início aos primeiros transplantes de órgãos e tecidos com caráter experimental, tendo como mentor o francês Dr. Aléxis Carrel, que em 1912 recebeu o Prêmio Nobel pelo trabalho realizado⁽¹⁸⁾. Em 1954, foi descrito o primeiro transplante renal bem sucedido, entre gêmeos univitelinos, realizado por Joseph Murray⁽¹⁷⁾.

Em 1963, ocorreu a primeira tentativa de transplante de fígado em humanos, nos Estados Unidos, em Denver, por Thomas Starzl. A paciente era uma criança de três anos, com atresia de vias biliares, que faleceu durante a cirurgia, por alterações na coagulação sanguínea. A segunda tentativa ocorreu meses depois, realizada pelo mesmo cirurgião. Desta vez, em um homem, que morreu, vinte dias após a cirurgia, por tromboembolismo⁽¹⁹⁾.

De 1963 a 1967, foram realizadas várias tentativas em diferentes países, sendo que neste último ano se obteve o primeiro resultado favorável de transplante hepático, em uma menina de dois anos, com colangiocarcioma. A paciente faleceu treze meses depois, porém, em decorrência das metástases da doença original⁽¹⁹⁾. Ainda em 1967, foram apresentados os quatro primeiros sobreviventes de transplante de fígado, com o objetivo de obter o apoio da população para incentivar a doação de órgãos⁽¹⁹⁾.

Também neste ano, foi descrito o primeiro transplante cardíaco, por Barnard e seus colaboradores, no Groote Schuur Hospital, na cidade do Cabo - África do Sul, em um paciente com falência ventricular esquerda. Um ano após os primeiros transplantes (cardíacos e hepáticos) no exterior, ocorreu o primeiro transplante cardíaco efetivo no Brasil, realizado pelo professor Zerbini, mais precisamente em 26 de março de 1968⁽¹⁸⁾.

Em 1971, foi realizado o primeiro transplante renal intervivos não-consanguíneos no Brasil, no Hospital Sírio Libanês em São Paulo⁽²⁰⁾.

Vale ressaltar também a importância e o histórico das drogas imunossupressoras no processo de evolução dos transplantes. Ao longo de três décadas (1955 a 1985) foram introduzidas novas drogas imunossupressoras: corticóides, azatioprina, globulina antilinfocitária, ciclosporina e OKT3, com o intuito de reduzir os índices de rejeição, aumentando, assim, a sobrevida dos transplantados. Nos transplantes cardíacos a utilização da ciclosporina aumentou em 75% a 80% a sobrevida dos pacientes⁽¹⁸⁾.

Também em 1985, foi realizado o primeiro transplante de fígado bem sucedido da América Latina, no Hospital das Clínicas de São Paulo, em uma mulher de vinte anos, portadora de um tumor primário de fígado. Esta paciente faleceu treze meses depois, em decorrência da recidiva da doença original⁽¹⁹⁾.

O segundo grupo a realizar transplante de fígado com sucesso, no país, foi o do Instituto da Criança, em 1989, do Hospital das Clínicas de São Paulo. A partir daí, outros Estados passaram a realizar o procedimento⁽¹⁹⁾.

A evolução da ciência proporcionou à população avanços significativos no campo da saúde. No entanto, aspectos políticos e sociais que envolvem os transplantes podem estar dificultando o acesso de um maior número de indivíduos aos benefícios técnico-científicos alcançados.

1.4 Aspectos legais e éticos

O Brasil é um país privilegiado, no que diz respeito à legislação para transplantes de órgãos, por dispor de leis abrangentes que oferecem segurança tanto aos transplantadores como aos usuários. Até 1997 não havia, no Brasil, uma política de governo voltada para os transplantes. Hoje, já se pode afirmar que existe um acesso amplo e democrático, que independe do nível socioeconômico-cultural dos pacientes que necessitam desses procedimentos⁽¹⁶⁾.

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece cobertura integral para os procedimentos relacionados ao transplante, que incluem o acompanhamento pós-cirúrgico, inclusive com o fornecimento dos imunossuppressores e medicações de suporte, por período indeterminado. Nos EUA, por exemplo, a previdência e os planos de saúde dão cobertura parcial (apenas para os imunossuppressores) e ainda por um tempo limitado, após o transplante⁽¹⁶⁾.

No entanto, ainda existem algumas dificuldades a serem contornadas, como o tempo de permanência na fila de espera para o transplante. Provavelmente, esse fato pode ser devido à deficiência nas notificações às centrais de transplante e ao não aproveitamento de uma parte dos órgãos doados⁽¹⁶⁾. Tais fatos podem estar relacionados à falha dos profissionais de saúde em identificar potenciais doadores e na abordagem para solicitação da doação⁽²⁰⁾, além da falta de esclarecimento da população sobre o assunto, motivos religiosos, e da insegurança da população quanto à eficácia dos serviços públicos⁽²¹⁾.

O momento da doação é de fundamental importância, constitui uma etapa complexa, pois envolve sentimentos, aspectos éticos e legais, sendo necessário, portanto, uma equipe de profissionais treinada e familiarizada com o assunto em questão⁽²⁰⁾.

Com a redução do número de doadores viáveis, falecidos, aumenta consideravelmente o número de doadores vivos, para tentar suprir a demanda reprimida⁽²⁰⁻²¹⁾.

Porém, este fato não faz parte apenas da realidade brasileira, pois países reconhecidamente dotados de maiores recursos técnicos e financeiros também ainda não conseguiram reduzir, ainda, a fila de espera⁽¹⁶⁾.

“Os sistemas de transplantes são, atualmente, vítimas de seu próprio sucesso”⁽²²⁾. À medida que as listas de espera se alongam, em contraste com a disponibilidade de órgãos, que permanece estável, ocorre um elevado número de mortes nestas filas de espera. Para tentar reverter essa situação, a comunidade de transplante está revendo os critérios de aceitabilidade de doadores, desenvolvendo novas estratégias para obtenção de órgãos, passando a aceitar casos de captação após a parada circulatória, doadores marginais (doadores que estão fora dos critérios ótimos para doação) e a chamada doação intervivos⁽²²⁾.

A respeito da legislação brasileira, a primeira lei elaborada com a finalidade de regulamentar as atividades de transplantação de órgãos foi a Lei nº 5.479, publicada em agosto de 1968. Até o início da década de 80, os transplantes permaneceram com um caráter acadêmico, ou seja, restritos às pesquisas clínicas. Apenas com o surgimento de novas terapêuticas imunossupressoras, foi que o transplante, pôde ser considerado uma real opção para os pacientes com insuficiência renal crônica. Fora das universidades e com o apoio governamental, foram iniciadas as ações de implantação, planejamento e regulamentação dos transplantes, devido à cobrança da sociedade para que todos tivessem os mesmos direitos de usufruir desse benefício. Com o aumento da demanda, foram necessárias algumas mudanças, dentre elas a modernização da lei de 1968, que não incluía, por exemplo, o conceito de morte encefálica⁽¹⁶⁾.

Em 1987, foi criado o Sistema Integrado para Assistência Médica de Alta Complexidade, a fim de planejar e regulamentar a diálise e os transplantes, sendo denominado em 1990, Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC), abrangendo outros tipos de transplantes, além do renal. Houve também a incorporação da associação de pacientes e de outros profissionais. Este Sistema foi extinto em 1992, ano em que foi modificada a lei dos transplantes (Lei nº 8.489). Essa lei apenas foi regulamentada em 1993, através do Decreto nº 879, de 22 de julho, que tornou obrigatória a notificação, em caráter de emergência, de todos os casos de morte encefálica⁽¹⁶⁾.

Desde então, qualquer serviço público ou privado que diagnostique pacientes em morte encefálica deve notificar as Centrais de Notificação, Capacitação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), para que sejam incluídos como potenciais doadores de órgãos. Além disso,

para que se possa utilizar um órgão para transplante, os familiares devem concordar com a doação⁽¹⁹⁾.

Depois de estabelecido o diagnóstico de morte encefálica os profissionais estão liberados para atuar diante dos familiares ou doadores legais e procederem à solicitação dos órgãos, seguida da assinatura, no termo de doação, do responsável e de duas testemunhas (não participantes da equipe transplantadora ou de captação neurológica)⁽²⁰⁾.

Em 1997, através da Resolução nº 1.480, do Conselho Federal de Medicina, pacientes pediátricos foram contemplados nos critérios de morte encefálica. Neste mesmo ano, foi sancionada a Lei nº 9.434, que instituiu a doação presumida de órgãos no país, pela emissão de carteiras de identidade civil. Através dessa lei, ficou definido que todas as pessoas deveriam citar, na carteira de identidade e na carteira nacional de habilitação, o desejo de doar ou não os órgãos, em caso de morte⁽¹⁶⁾.

A referida lei causou grande impacto na população, o que suscitou uma mobilização da classe médica, de pacientes e entidades representativas, que levou à promulgação da Lei nº 10.211, que acabou com a doação presumida⁽¹⁶⁾.

Em 1997, instituiu-se o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) para desenvolver o “processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas”⁽¹⁶⁾. Meses após, implantou-se o Sistema Estadual de Transplantes, responsável pela criação de cadastros técnicos para os candidatos a receber órgãos de cadáver, pela regionalização dos cadastros de rim e fígado, pela centralização e distribuição dos órgãos captados, adotando os critérios determinado pela legislação, incluindo a compatibilidade Antígeno Linfocitário Humano (HLA) para os transplantes renais e também pela criação de organizações de procura de órgãos para descentralizar a procura e o preparo de doadores⁽¹⁶⁾.

Os anos de 1997 e 1998 foram de grande movimentação na área dos transplantes, pois houve uma maior participação da sociedade, destacando-se a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos⁽¹⁾.

Em 1998, foram instituídas algumas Portarias Ministeriais, referentes à gestão dos transplantes; a portaria de nº 3.407, aprovou o regulamento técnico sobre as atividades de transplantes e a Coordenação Nacional de Transplantes. A portaria nº 3.410 estabeleceu as tabelas para pagamento da busca e preparo do doador, das cirurgias de implante dos órgãos removidos e do seguimento ambulatorial pós-transplante, correspondendo a um dos mais importantes passos na história dos transplantes, pois, no Brasil, até então só havia cobertura para os transplantes com doadores vivos⁽¹⁾.

Após o estabelecimento de uma política de transplante no país, aumentou ainda mais o número de transplantes renais e hepáticos, sendo que em 2005 foram realizados 3.362 transplantes renais, tornando o país o terceiro do mundo neste procedimento (atrás apenas dos EUA e da China). Quanto ao transplante hepático, passou de 1,4 por milhão de população (pmp) em 1997, para 5,6 pmp em 2005, totalizando 956 transplantes. O transplante de pâncreas também apresentou um incremento importante, a partir de 2000. Em 2006, o Brasil ocupava o 5º lugar, na América do Sul, na realização de transplantes, com 6,0 pmp, atrás do Uruguai, com 25,2 pmp, Argentina, com 11,68 pmp, Chile, com 10,1 pmp, e Colômbia, com 9,9 pmp⁽²¹⁾.

A bioética está muito ligada à questão dos transplantes. Seu campo de atuação e reflexão dá ênfase às pesquisas de caráter psicossociológico, bem como as relacionadas à medicina intensiva. Nesta última, entre outras, destacam-se as questões decorrentes da medicina substitutiva, como é o caso dos transplantes. Neste sentido, foram evidenciados conflitos éticos como, por exemplo, a definição de morte encefálica⁽⁹⁾.

A necessidade de definir morte cerebral surgiu com o desenvolvimento de unidades de terapia intensiva e de respiradores capazes de sustentar os organismos, com esse diagnóstico, por horas e até dias, assim como o desenvolvimento das técnicas de transplante. Por não haver uma unanimidade quanto a essa definição, surgem especulações que dificultam um consenso político. O pluralismo vem sendo defendido a fim de permitir as variações de definições baseadas nas preferências individuais e grupais como solucionador desse impasse⁽⁹⁾.

Entretanto, ressalta-se que esta ocorrência de definições variadas pode vir a suscitar graves problemas, pois, mesmo em sociedades pluralistas, há necessidade de se definir a morte. Os problemas suscitados pela definição da morte são complexos, pois estão relacionados a vários fatores, entre eles, crenças, posições científicas e filosóficas⁽⁹⁾.

A importância desse tema está relacionada a um dos mais complexos aspectos éticos inerentes aos transplantes de órgãos. Muitos pacientes relatam suas dúvidas sobre a incerteza quanto à morte do doador do órgão que ele recebeu, o que gera ansiedade, medo e insegurança em relação a fazer ou não o transplante. O fato do paciente saber que tem um órgão que não lhe pertence e que uma pessoa teve que morrer para que ele pudesse viver parece aumentar a carência afetiva⁽⁹⁻²³⁾.

Segundo o artigo 4º da Resolução nº 1.480/97, do Conselho Federal de Medicina:

Os critérios definidores da morte encefálica são: Coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia. A morte encefálica somente pode ser atestada por profissional da área médica, após os devidos exames clínicos, conforme o artigo 2º da mesma Resolução⁽²⁴⁾.

Portanto, é fundamental o esclarecimento da população sobre o significado de morte encefálica, apresentando, de forma acessível, todos os critérios diagnósticos, com rigor científico, para não suscitar dúvidas.

Outra discussão pertinente, no campo da bioética, diz respeito aos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Estes princípios devem ser considerados como a base da ética profissional na área da saúde⁽²⁵⁾. Devido à relação mais estreita com o tema, optou-se em contextualizar apenas o primeiro princípio.

Autonomia é “o princípio que diz respeito ao dever do profissional de dar toda informação necessária e ao direito do paciente de receber uma informação clara adaptada à sua compreensão, para que possa decidir sobre sua situação”⁽²⁵⁻²⁶⁾.

O direito ao livre e informado consentimento compreende: “O direito de dar consentimento, de participar do tratamento sem coerção, sem ser enganado e com competência; assim como o de retirar-se do tratamento a qualquer momento”⁽⁹⁻²⁶⁾.

Diante dessa perspectiva, um aspecto importante a ser considerado é o emocional, como cerne da questão do consentimento esclarecido. O indivíduo, por possuir uma natureza racional e emocional, poderá sofrer influências externas e até mesmo motivações inconscientes para a tomada de decisões⁽⁹⁾.

Portanto, são válidos os seguintes questionamentos: será que no momento em que o paciente solicita que seja removido o enxerto (por complicações clínicas ou cirúrgicas) e expressa o desejo em retornar para a “máquina de hemodiálise”, corresponde a um momento de fragilidade? A dor, a utilização dos imunossupressores, o tempo prolongado de internamento, a frustração de suas perspectivas, a preocupação com a família que está em casa, o medo de uma complicação maior que o leve à morte? Quem poderá saber, com certeza, se o pedido para remoção do órgão não corresponde a um pedido de socorro?

A conclusão que se pode tirar diante dessa problemática seria que se deve respeitar a decisão do indivíduo, porém oferecendo toda a informação sobre as implicações dos seus atos, garantindo sua liberdade e dignidade⁽⁹⁾.

Outro aspecto ético que deve ser considerado no contexto dos transplantes de órgãos e tecidos se refere ao comércio de órgãos. A possibilidade de comércio de órgãos de doador vivo, sem nenhum grau de parentesco com o receptor, é uma questão pertinente à Bioética e ao Direito. A lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, permitia a doação, em vida, por pessoas não-parentes, desde que fosse juridicamente capaz e não comprometesse a saúde do doador; no entanto, mesmo prevista expressamente, a doação gratuita ainda poderia dar margem à venda de órgãos⁽²⁷⁾.

Então, em 23 de março de 2001 foi editada a Lei nº 10.211, que cita:

É permitido à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do corpo vivo para fins terapêuticos ou transplantes em cônjuges ou parentes consangüíneos até o quarto grau, [...], ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial [...]⁽²⁷⁾.

A intenção de compra e venda pode ser mascarada por alegações altruistas de ajuda ao próximo, levando em conta a condição de vulnerabilidade do doador, bem como a do receptor, devido à iminência da morte⁽²⁷⁾.

1.5 Qualidade de vida e aspectos emocionais

A Qualidade de Vida é definida como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁽¹³⁾.

A Qualidade de Vida abrange domínios de funcionamento, como condições psicológicas e bem-estar, interações sociais, condições ou fatores econômicos e/ou vocacionais e condições religiosas e/ou espirituais⁽¹³⁾. A avaliação da Qualidade de Vida é realizada através da percepção que o indivíduo tem em relação a cada uma destas áreas⁽¹³⁻²⁸⁾.

No que diz respeito ao portador de insuficiência renal crônica (IRC), a utilização de recursos tecnológicos com finalidade terapêutica pode não ser suficiente para melhorar a sua qualidade de vida⁽²⁹⁾. O paciente torna-se dependente do tratamento dialítico, o que causa uma elevação dos níveis de ansiedade, entre outras alterações psicológicas, acarretando queda na produtividade e na renda familiar, redução das atividades sociais e das oportunidades de

emprego, limitação da expectativa de vida e perda da auto-estima⁽¹⁵⁻³⁰⁾; sequelas físicas ou mentais são frequentemente evidenciadas⁽²⁹⁾.

O transplante surge, então, como a “chave” para resolução de todos os problemas do renal crônico, uma alternativa para a melhoria na qualidade de vida dessa clientela⁽¹⁵⁻³¹⁾. É uma decisão tecnicamente complexa e psicologicamente difícil⁽¹⁵⁻³²⁾.

Aos profissionais de saúde cabe a avaliação do estado geral do doente, dos riscos que podem ocorrer e das melhorias possíveis para ele, já que o mesmo está diante de uma decisão maior, que diz respeito à sua identidade pessoal, sua vida e sua morte⁽³²⁾.

Porém, a espera prolongada pelo transplante poderá acarretar outras complicações para o paciente, tornando-o de alto risco e, conseqüentemente, aumentar o número de óbitos. Os pacientes apresentam grande ansiedade e carência afetiva, relacionadas à sua difícil trajetória. São também acometidos pelo medo, relacionado à incerteza da evolução da doença, à possibilidade de rejeição, à necessidade da medicação para o resto da vida, ao período incerto de espera para a realização do transplante, à impossibilidade de realização do procedimento cirúrgico e ao retardo da alta, pelo surgimento de complicações⁽¹¹⁻²³⁾.

A perspectiva de melhora da qualidade de vida através do transplante pode vir a ser frustrada diante dos problemas ocorridos após a cirurgia, como rejeição do enxerto, ou efeitos adversos causados pelos imunossupressores⁽¹⁵⁻³³⁾.

No entanto, para muitos pacientes portadores de insuficiência renal crônica, o transplante ainda corresponde à melhor opção, pois oferece a melhor oportunidade de sobrevida e de reabilitação, com menor custo social que a diálise⁽¹⁻³¹⁻³⁴⁾. Como exemplo, pode-se mencionar a maioria dos urêmicos crônicos, pacientes com insuficiência renal crônica terminal⁽¹⁴⁻³⁴⁻³⁵⁾, enfermos com cardiopatia, hepatopatia ou pneumopatia terminal, sendo o transplante, para estes últimos ainda de maior valor, por ser a única opção terapêutica capaz de prevenir a morte, em poucos meses, oferecendo a expectativa de uma nova vida⁽¹⁻³⁴⁾.

O longo período sob tratamento dialítico acarreta alguns problemas como, por exemplo, complicações ósseas (osteodistrofias pelo hiperparatireoidismo secundário), cardiovasculares (hipertrofia ventricular esquerda, calcificação vascular) cerebrais (arteriosclerose avançada), sendo a chance de morte, entre pacientes em hemodiálise, 20 vezes maior do que na população em geral⁽²⁸⁻³⁵⁾.

Mesmo diante de tantas complicações relacionadas à hemodiálise, é válido ressaltar que o transplante renal não deve ser considerado como a salvação para todos os problemas do paciente renal crônico; ele deve ser considerado como mais uma opção de tratamento, podendo apresentar complicações, como qualquer outra intervenção. No entanto,

compreender aspectos associados à qualidade de vida e estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes submetidos a transplante renal pode auxiliar no desenvolvimento de programas preventivos e de intervenção adequados às necessidades destes pacientes⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Em uma pesquisa sobre aspectos psicológicos e psiquiátricos do transplante de medula óssea (TMO) foi mencionado que:

A intensidade e a complexidade envolvidas no TMO, em seus vários níveis, produzem profundos efeitos psicológicos no paciente, na família e na sua equipe profissional e enfatizam que ignorar esta realidade e reduzir os problemas do TMO a seus aspectos puramente técnicos podem trazer conseqüências catastróficas para o paciente e seus familiares e ameaçar a sobrevivência da equipe⁽⁴⁾.

Para reduzir alterações como as descritas acima, é fundamental o atendimento psicológico no pré-operatório⁽¹⁰⁻¹¹⁻³⁶⁾. Essa preparação auxilia na identificação de pacientes de alto risco, que necessitam de acompanhamento psicológico rigoroso, e até mesmo na restrição ou contra-indicação do transplante como tratamento⁽³⁶⁾.

A síndrome depressiva é frequente em quase todas as doenças crônicas, sendo responsável pela má adesão aos tratamentos propostos, má qualidade de vida e maior morbimortalidade entre os pacientes⁽³⁷⁾.

Esse distúrbio consiste na complicação psíquica mais comum nos pacientes em diálise, significando uma resposta a uma perda real, ameaçada ou imaginada. As manifestações psicológicas observadas nestes pacientes são: humor depressivo persistente, auto imagem prejudicada e sentimentos pessimistas. As queixas fisiológicas incluem distúrbio do sono, alterações de apetite e de peso, ressecamento da mucosa oral, constipação e diminuição do interesse sexual⁽³⁸⁻³⁹⁾. Ressalta-se ainda que os sintomas de depressão devem ser analisados com muita atenção, pois podem ser confundidos com sintomas de uremia⁽³⁹⁾.

A depressão acomete pacientes tanto no pré quanto no pós-transplante. Em geral, existem quatro principais tipos de depressão: Distúrbio de Ajustamento com Humor Deprimido, Distúrbios Depressivos, Distúrbios Bipolares e Distúrbios de Humor Devido à Doença ou Droga⁽⁴⁰⁾. Ressalta-se o primeiro e o último, devido à maior identificação com as características apresentadas por pacientes crônicos e transplantados.

No Distúrbio de Ajustamento com Humor Deprimido a depressão pode estar relacionada a um estressor. O paciente pode referir a morte de um ente querido, um divórcio, um revés financeiro ou a perda de um papel estabelecido na sociedade, que o fazia sentir-se necessário em alguma atividade, e essa perda resulta num sentimento de culpa. O distúrbio ocorre dentro de três meses, a partir do fato ocorrido, e leva a alterações na atividade social.

Os sintomas variam de leve tristeza, ansiedade, irritabilidade, preocupação, falta de concentração, desencorajamento e queixas somáticas. O Distúrbio do Humor Devido à Doença ou Droga acomete, principalmente, pacientes com doenças crônicas. Os estados como artrite reumatoide, esclerose múltipla, doença cardíaca crônica, assim como outras, podem levar a distúrbios depressivos⁽⁴⁰⁾.

No que diz respeito às complicações da depressão, quanto mais demorada, mais arraigada ela se torna. O suicídio é mencionado como a complicação mais significativa. Os pacientes com câncer, doenças respiratórias, síndrome da imunodeficiência adquirida, e os mantidos em hemodiálise apresentam maiores taxas de suicídio⁽⁴⁰⁾. Quanto ao transplantado renal, a depressão está inversamente relacionada com o tempo de sobrevida do enxerto, porém, pode vir a ser a consequência da perda do enxerto, e não a sua causa⁽⁵⁾.

No Brasil, a prevalência de depressão é de 5% a 25% em pacientes transplantados renais. As consequências da depressão repercutem significativamente na qualidade de vida, nas taxas de suicídio, na adesão aos tratamentos e na mortalidade⁽³⁰⁾.

1.6 Considerações finais

Dois principais aspectos devem ser enfatizados, com relação aos transplantes: a significativa evolução tecnológica e de políticas públicas voltadas para os transplantes de órgãos e tecidos, no Brasil, bem como, as evidências de uma pequena valorização dos aspectos emocionais e sociais, com benéficas repercussões psíquicas e na qualidade de vida dos pacientes.

Por outro lado, a literatura descreve que ainda há um despreparo dos profissionais de saúde no diagnóstico de morte encefálica e identificação de um possível doador, assim como, na notificação dos casos às centrais de transplante e na abordagem, junto aos familiares, no momento da solicitação da doação e cita, como consequência, um aumento do número de óbitos nas listas de espera.

É prioritário contar com equipes multiprofissionais treinadas, plenamente capacitadas a colaborar, em suas áreas específicas, no processo de doação de órgãos e no preparo do paciente para o transplante.

Referências

- 1 Garcia VD, Abbud-Filho M, Campos HH, Pestana JOM. Política de transplantes no Brasil In: Garcia VD, Abbud Filho M, Neumann J, Pestana JOM. Transplante de órgãos e tecidos. São Paulo: Segmento Farma Editora; 2006. p. 43-9.
- 2 Pietrovsk V, Dall'Agnol CM. Situações significativas no espaço-contexto da hemodiálise: o que dizem os usuários de um serviço? Rev bras enferm. 2006; 59(5):630-5.
- 3 Brandão de Carvalho Lira AL, Cavalcante Guedes MV, Oliveira Lopes MV. Adolescente renal crônico: alterações físicas, sociais y emocionales pos-trasplante. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2005;8(4):12-6.
- 4 Contel JOB, Sponholz Jr A, Torrano-Masseti LM, Almeida AC, Oliveira EA, Jesus JS, et al. Aspectos psicológicos e psiquiátricos do transplante de medula óssea. Medicina, Ribeirão Preto. 2000;33(3):294-311.
- 5 Akman B, Ozdemir FN, Sezer S, Micozkadioglu H, Haberal M. Depression levels before and after renal transplantation. Transplant proc. 2004;36(1):111-3.
- 6 Zimmermann PR, Carvalho JO, Mari JJ. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. Rev psiquiatr Rio Gd Sul. 2004; 26(3):312-8.
- 7 Amâncio JS, Borges MP, Oliveira A, Magalhães EF, Oliveira LHS, Bernardes RC. Avaliação da qualidade de vida e das queixas do paciente renal crônico submetido à hemodiálise. In: Anais de trabalhos completos do XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, I Encontro de Iniciação Científica do Ensino Médio; 2007; São José dos Campos. São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba; 2007. p. 2011-4.
- 8 Virzi A, Signorelli MS, Veroux M, Giammarresi G, Maugeri S, Nicoletti A, et al. Depression and quality of life in living related renal transplantation. Transplant proc. 2007;39(6):1791-3.
- 9 Torres WC. A bioética e a psicologia da saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. Psicol reflex crit. 2003;16(3):475- 82.

-
- 10 Castro EK. O paciente renal crônico e o transplante de órgãos no Brasil: aspectos psicossociais. Rev SBPH.. 2005;8(1):1-14.
 - 11 Martins PD, Sankarankutty AK, Silva OC, Gorayeb R. Sofrimento psíquico em pacientes listados para o transplante hepático. Acta cir bras. 2006;21 Suppl 1: 40-3
 - 12 Pereira E, Menegatti C, Percegoni L, Aita CA, Riella MC. Aspectos psicológicos de pacientes diabéticos candidatos ao transplante de ilhotas pancreáticas. Arq bras psicol [periódico na Internet]. 2007 Ago 22 [acesso em 2008 Set 22]. Disponível em: <http://seer.psicologia.ufrj.br/seer/lab19/ojs/viewarticle.php?id=23>.
 - 13 Ravagnani LMB, Domingos NAM, Miyazaki MCOS. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. Estud psicol. (Natal). 2007;12 (2):177-84.
 - 14 Pereira LC, Chang J, Fadil-Romão MA, Abensur H, Araújo MRT, Noronha IL, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. J bras nefrol. 2003;25(1):10-6.
 - 15 Mendes AC, Shiratori K. As percepções dos pacientes de transplante renal. Nursing (São Paulo). 2002;5(44):15-22.
 - 16 Manfro RC, Noronha IL, Silva Filho AP, editores. Manual de transplante renal. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2004.
 - 17 Barcellos FC. Intenção de doar órgãos em uma população adulta [dissertação na Internet]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Medicina; 2003 [2008 Out 24]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/profissionais>
 - 18 Silva PR. Transplante cardíaco e cardiopulmonar: 100 anos de história e 40 de existência. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2008;23(1):145-52.
 - 19 Mies S. Transplante de fígado. AMB rev. Assoc. Med. Bras. 1998;44(2):127-34.
 - 20 Cavalcanti FCB, Paula FJ. Abordagem de familiares na doação de órgãos de cadáveres In: Cruz J, Barros RT, organizadores. Atualidades em nefrologia. São Paulo: Sarvier;1996. v. 4, p. 276-9.

-
-
- 21 Rosa TN. Bioética e confidencialidade do doador cadáver em transplantes renais dissertação na Internet]. Brasília: Universidade Federal de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2007 [2008 Set 23]. Disponível em: http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_arquivos/6/TDE-2008-04-11T152850Z-2525/Publico/Dissertacao_Telma%20Rosa.pdf

 - 22 D'Império F. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. Rev. bras. ter. intensiva [periódico na Internet]. 2007 Jan-Mar [acesso em 2008 Nov 30]; 19(1):[cerca de 10 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000100010&lng=en. doi: 10.1590/S0103-507X2007000100010

 - 23 Massarollo MC, Kurcgant P. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. Rev latinoam enferm. 2000;8(4):66-72.

 - 24 Queiroz, VS. Reflexões acerca da equiparação da anencefalia à morte encefálica como justificativa para a interrupção da gestação de fetos anencefálicos . Jus Navigandi, 3 ago. 2005 9(760).

 - 25 Junges JR. Bioética: hermenêutica e casuística. São Paulo: Loyola; 2006.

 - 26 Fabbro, L. Limitações jurídicas à autonomia do paciente. Rev. Bioét [periódico na Internet]. 1999 [acesso em 2007 Ago 23]; 7(1):[cerca de 5 p.]. Disponível em: <http://www.cremeb.cfm.org.br/revista/ind1v7.htm>

 - 27 Passarinho LEV, Gonçalves MP, Garrafa V. Estudo bioético dos transplantes renais com doadores vivos não-parentes no Brasil: a ineficácia da legislação no impedimento do comércio de órgãos. AMB rev. Assoc. Med. Bras [periódico na Internet]. 2003 [acesso em 2008 Nov 30]; 49(4):[cerca de 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000400028&lng=en. doi: 10.1590/S0104-42302003000400028.

 - 28 Amato MS, Amato Neto V, Uip DE. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença de Chagas submetidos a transplante de coração. Rev Soc Bras Med Trop. 1997;30(2):159-60.

 - 29 Zanei SS. Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de unidades de terapia intensiva e seus familiares [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.

-
-
- 30 Almeida AM, Meleiro AMAS. Depressão e insuficiência renal crônica. *J bras nefrol.* 2000; 22(1):192-200.
 - 31 Cunha CB, Leon ACB, Schramm JMA, Carvalho MS, Paulo Junior RBS, Chain R. Tempo até o transplante e sobrevida em pacientes com insuficiência renal crônica no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. *Cad saúde pública.* 2007;23(24):805-13.
 - 32 Steiner P, Vieira MCR. A doação de órgãos: a lei, o mercado e as famílias. *Tempo Soc [periódico na Internet]*. 2004 Nov [acesso em 2008 Nov 30]; 16(2):[cerca de 22 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702004000200005&lng=en&nrm=iso doi: 10.1590/S0103-20702004000200005.
 - 33 Bittencourt ZZLC, Alves Filho G, Mazzali M, Santos NR. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. *Rev saúde pública.* 2004; 38(5):732-4.
 - 34 Garcia VD. Por uma política de transplantes no Brasil, Office Editora e Publicidade Ltda, São Paulo (2000).
 - 35 Santos PR, Pontes LR Sansigolo K. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. *AMB rev. Assoc. Med. Bras [periódico na Internet]*. 2007 Ago [acesso em 2008 Nov 29]; 53(4):[cerca de 5 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000400018&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-42302007000400018
 - 36 Silva, RMG. A importância dos aspectos psicológicos na indicação do transplante renal e suas implicações bioéticas [dissertação]. Joinville (SC): Universidade da Região de Joinville; 2003.
 - 37 Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidade clínicas. *Rev psiquiatr clín (São Paulo)*. 2005;32(3):149-59.
 - 38 Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, et al. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney Int.* 2000;57(5):2093-8.
 - 39 Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS, editores. Manual de diálise. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

- 40 Tierney LM Jr, McPhee SJ, Papadakis MA. Lange diagnóstico e tratamento. São Paulo: Atheneu; 1998.

2. ARTIGO ORIGINAL

Depressão e qualidade de vida em pacientes no pré e pós-transplante renal***Depression and quality of life in patients with pre and post kidney transplantation**

Patrícia Madruga Rêgo Barros, Mestranda, em Ciências da Saúde pela UFPE, especialista em nefrologia na área de enfermagem e enfermeira do Hospital das Clínicas, Recife-PE, Brasil.

Luciane Soares de Lima, Doutora em Ciências Pneumológicas pela UNIFESP/EPM e Prof^ª. Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFPE.

*Estudo realizado no Ambulatório de Transplante Renal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

Endereço para correspondência:

Patrícia Madruga Rêgo Barros

Rua Capitão Ponciano, 63 CEP 50780-40 – Recife, PE, - Brasil

e-mail: patricia-madruga@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Analisar a ocorrência de depressão e a qualidade de vida em pacientes renais no pré e pós-transplante acompanhados no Ambulatório de Transplante Renal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE). **Método:** Estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa de corte transversal, realizado entre julho e dezembro de 2007. Foram aplicados três instrumentos para coleta de dados: um questionário para caracterização da amostra, o inventário Beck de depressão (BDI) e o questionário SF-36, para avaliação da qualidade de vida. A amostra foi composta por dois grupos, sendo um de pacientes no pré-transplante renal (59 pacientes) e o outro de transplantados renais (63 pacientes), totalizando 122 pacientes. Os critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos e encontrar-se entre 6 meses e 2 anos de transplante. O critério de exclusão foi apresentar diagnóstico prévio de doença psiquiátrica. **Resultados:** A média de idade dos pacientes no pré-transplante foi de 47 anos, sendo 57,6% do sexo masculino, e a dos transplantados foi de 39 anos, sendo 55,6% do sexo masculino. O tempo médio de diálise, no primeiro grupo, foi de 3 anos e 3 meses e no segundo grupo foi de 6 anos e 8 meses. O tempo médio de transplante correspondeu a 1 ano e 3 meses. A maioria dos pacientes, em ambos os grupos, não apresentava depressão, correspondendo a 88,9% dos transplantados e 79,6% de pacientes no pré-transplante. Entre os que apresentavam algum grau de depressão não houve diferença significativa entre estar no pré-transplante ou já ter se submetido ao transplante ($p = 0,470$). O tempo de transplante renal e de tratamento dialítico também não mostrou relação com os níveis de depressão encontrados ($p = 0,547$ e $p = 0,089$) respectivamente. A qualidade de vida mostrou-se superior nos pacientes transplantados em relação aos que aguardavam o procedimento. Os domínios do questionário SF-36 que determinaram a melhor qualidade de vida nos pacientes transplantados foram capacidade funcional ($p = 0,001$), dor ($p = 0,027$), estado geral de saúde ($p = 0,049$) e vitalidade ($p = 0,000$). **Conclusão:** Esse estudo mostrou uma baixa ocorrência de depressão nos pacientes tanto no pré, como no pós-transplante renal. A qualidade de vida mostrou-se superior no grupo de transplantados.

Palavras-chave: Depressão, qualidade de vida, transplante de órgãos, doença crônica.

Abstract

Purpose: To analyze the occurrence of depression and quality of life in patients in the pre and post renal transplant followed in the Clinic of Renal Transplantation at Hospital of the University of Pernambuco (HC-UFPE). **Method:** Between July and December 2007 were used three instruments for data collection, a questionnaire for characterization of the sample, the Beck Depression Inventory (BDI) and SF-36 questionnaire for assessing the quality of life. The sample was composed of two groups of patients with a row of pre-transplant kidney (59 patients) and the other of kidney transplant (63 patients); totaling 122 patients. The inclusion criteria were: being more than 18 years and finding themselves between 6 months and two years of transplantation. The exclusion criterion was to present a previous diagnosis of disease psychiatric. **Results:** The mean age of patients in the queue was 47 years, with 57.6% of males and the transplant was 39 years, with 55.6% of males. The average time of dialysis, in the first group, was 3 years and 3 months and the second group was 6 years and 8 months. The average time of transplant corresponded to 1 year and 3 months. Most patients in both groups (queue and post transplant) did not have depression, among those who had some level of depression there was no significant difference between being in the queue or having been subjected to transplantation ($p = 0,470$). The time of transplant and kidney dialysis treatment also showed no relationship with the levels of depression found ($p = 0,547$ and $p = 0,089$). The quality of life was superior in renal transplant patients in relation to that awaiting the procedure. The areas of the questionnaire SF-36 that determined the best quality of life in transplant patients were functional capacity ($p = 0,001$), pain ($p = 0,027$), general state of health ($p = 0,049$) and vitality ($p = 0,000$). **Conclusion:** This study showed low occurrence of depression in the patients kidney after-transplantation. The quality of life was better in the group transplanted.

Keywords: Depression, quality of life, organ transplantation, chronic disease.

2.1 Introdução

A insuficiência renal crônica (IRC) pode ser conceituada como uma perda lenta e progressiva da função renal, tendo como resultado anormalidades do meio interno, como azotemia, anemia, acidose metabólica, hiperfosfatemia, hipercalcemia, hiponatremia. A elevação dos níveis séricos, principalmente de ureia, e clearance de creatinina inferior a 10 ml/min caracterizam a síndrome urêmica, cujos sinais e sintomas envolvem particularmente o trato gastrointestinal, nervoso e cardiopulmonar. Os pacientes podem apresentar fraqueza, náusea, vômitos, anorexia, sangramento gastrointestinal, parestesias, hipertensão arterial, irritabilidade, ansiedade, depressão, entre outros⁽¹⁾.

Por se tratar de uma doença progressiva, seu desenvolvimento não se dá por igual para todos os indivíduos, variando de acordo com suas causas subjacentes, com a taxa de excreção proteica na urina e o grau de hipertensão de cada paciente⁽²⁾.

A IRC encontra-se dividida em estágios, de acordo com a função renal do paciente. Inicialmente não há lesão renal ou alteração da função dos rins. Paulatinamente os rins vão reduzindo seu ritmo de filtração, ocorrem alterações séricas de ureia e creatinina e surgem sinais e sintomas associados à causa básica, por fim, os rins perdem o controle do meio interno, sendo necessária uma terapia renal substitutiva (TRS)⁽³⁾.

A terapia renal substitutiva visa à manutenção do paciente em condições adequadas do ponto de vista metabólico e clínico, assim como à adaptação ao tratamento. No entanto, no que diz respeito à diálise, não se consegue total reabilitação, ao contrário dos transplantes que, com sucesso, reabilitam subjetiva e objetivamente, e com excelente custo/benefício⁽⁴⁾.

Os avanços da tecnologia na área de diálise contribuíram substancialmente para o aumento da sobrevida dos pacientes com IRC⁽⁵⁻⁶⁾. Entretanto, a permanência por tempo indeterminado em tratamento dialítico pode interferir na qualidade de vida dos mesmos⁽⁵⁾.

Estudos comprovam uma melhor qualidade de vida após o transplante⁽⁷⁻⁸⁾, devido à possibilidade de retorno às atividades habituais, porém, o transplante poderá estar relacionado com escores não satisfatórios, entre aqueles que apresentaram rejeição aguda, ou efeitos adversos pelo uso dos imunossupressores⁽⁷⁾.

Atualmente, a qualidade de vida é definida de acordo com a área de aplicação, englobando duas tendências: a primeira apresenta um conceito genérico, que enfatiza aspectos relacionados ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, afetiva, social e ambiental, correlacionando com o padrão que a sociedade considera como conforto e bem-estar. A

segunda tendência está relacionada à saúde, e considera a influência das doenças e dos respectivos tratamentos na qualidade de vida dos pacientes⁽⁹⁾.

A qualidade de vida relacionada à saúde está condicionada às experiências de cada paciente, ou seja, como os efeitos da doença e seu tratamento repercutem na vida diária e na satisfação de cada indivíduo⁽⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁾.

A preocupação com os aspectos psicossociais é fundamental para o sucesso do tratamento⁽¹²⁻¹³⁾, pois estes interferem diretamente na percepção e avaliação da doença, na adesão ao tratamento e na qualidade de vida dos pacientes com IRC⁽¹³⁾.

A depressão é considerada a complicação psíquica mais comum nos pacientes em diálise. Entre as manifestações psicológicas que mais ocorrem nessa clientela, encontram-se: humor depressivo persistente, autoimagem prejudicada e sentimentos de pessimismo. Entre as queixas fisiológicas, são relatadas: alterações do apetite e do peso, distúrbios do sono e redução do interesse sexual⁽¹⁴⁾. Os candidatos a transplante renal apresentam frequentes alterações psíquicas e a depressão corresponde a uma dessas alterações⁽¹⁵⁾.

O transplantado pode vir a apresentar perda de interesse por quase todas as atividades, além de redução do apetite, perturbações do sono, diminuição da energia, sentimento de culpa ou desvalia e prejuízo do pensamento. Frequentemente, pode haver pensamentos sobre morte, ideia suicida ou tentativa de suicídio, sendo mais comuns nos casos de rejeição do órgão e retorno à diálise⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Diante do exposto, está caracterizada a importância dos aspectos emocionais e da qualidade de vida no acompanhamento dos pacientes com IRC que aguardam por um órgão na fila pré-transplante, bem como os que já se submeteram ao procedimento.

O objetivo do estudo foi analisar a ocorrência de depressão e a qualidade de vida em pacientes renais no pré e pós-transplante acompanhados no Ambulatório de Transplante Renal do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

2.2 Pacientes e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa de corte transversal, realizado no ambulatório de Transplante Renal do Hospital das Clínicas da UFPE, que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A amostra foi constituída por 122 pacientes. Entre os pacientes transplantados atendidos no ambulatório 82 eram elegíveis, sendo que 12 evoluíram para óbito, 4 não compareceram às consultas agendadas durante o período de coleta de dados, um (1) recusou-se a participar e 2 abandonaram o programa, constituindo-se então um grupo de 63 pacientes. Quanto aos pacientes no pré-transplante, constituíram um grupo de 59 pacientes, sendo selecionados por conveniência, considerando o período de coleta de dados e estudos que avaliaram a ocorrência de depressão e ou qualidade de vida de pacientes com IRC⁽¹⁶⁻²⁰⁻²⁹⁾. Foram utilizados como critérios de inclusão na amostra: idade acima de 18 anos e encontrar-se entre 6 meses e 2 anos de transplante. O critério de exclusão foi: pacientes com distúrbios psiquiátricos diagnosticados pela equipe médica. Os dados foram coletados no período de julho a dezembro de 2007. Foram utilizados três instrumentos de coleta de dados (todos aplicados pela autora, em uma única entrevista): um formulário para caracterização da amostra, o Beck Depression Inventory (BDI), versão revisada de 1979⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ e o Medical Outcomes Study 36-item Short- Form Health Survey (SF-36), instrumento validado no Brasil, em 1997⁽¹⁹⁾.

O formulário utilizado para caracterização da amostra consta de dados de identificação, demográficos, e referentes à doença e ao tratamento.

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é provavelmente a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente usada, tanto em pesquisa como em clínica, tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países. A confiabilidade e a validade são boas, podendo ser utilizado em amostras clínicas e na população em geral⁽¹⁸⁾.

A avaliação global do BDI é feita através da soma dos números ao lado das perguntas – conferidos aos itens selecionados pelo paciente. O score para a escala de Beck é definido como: Sem depressão = <15; Depressão leve = 15-20; Depressão de leve a moderada = 20-30 e depressão grave = 30-63⁽¹⁸⁾.

A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusação, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda do apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido⁽¹⁸⁾.

O questionário SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, composto por 36 itens, agrupados em oito componentes: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental⁽⁵⁾. Constitui um dos mais utilizados instrumentos para avaliação da qualidade de

vida, aplicável a diversos tipos de doenças, avaliando, portanto, a qualidade de vida relacionada à saúde⁽⁹⁾.

Para avaliação dos resultados foi feito o cálculo dos escores, cada resposta correspondeu a uma pontuação específica. Posteriormente, esse valor foi transformado em cotas de oito domínios, que variam de 0 (zero) a 100 (cem), em que o 0 (zero) é considerado o pior valor e 100 (cem) o melhor para cada domínio⁽¹⁹⁾.

Foram utilizados os softwares SPSS 13.0 para Windows, e Excel 2003 para digitação dos dados e todos os testes foram aplicados com 95% de confiabilidade.

Foi utilizado teste de normalidade de Kolmogorou-Smirnov para variáveis quantitativas. Verificada a existência de associação através do Teste Exato de Fisher e Teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas, Teste de Média; Teste T student (distribuição normal) e Mann-Whitney (não normal); também foi utilizado o Teste de Média (com mais de dois grupos); Anova (distribuição normal) e Kruskal Wallis (não normal), para a análise estatística dos dados.

Todos os pacientes assinaram previamente o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o CAAE-0049.0.172.000-07.

2.3 Resultados

Na tabela 1 se verifica que: dos 59 pacientes no pré-transplante, 34 (57,6%) eram do sexo masculino, 32 (54,2%) moravam na Região Metropolitana do Recife, a maior parte do grupo, 17 (28,8%) era de aposentados e apenas 3 (5,1%) relataram não possuir nenhuma ocupação no momento da entrevista, 30 (50,8%) tinham o ensino fundamental completo, 5 (8,5%) fizeram ensino superior com pós-graduação e apenas 3 (5,1%) eram analfabetos.

Dos 63 pacientes transplantados, 35 (55,6%) eram do sexo masculino, 32 (50,8%) moravam na Região Metropolitana do Recife, a maior parte dos pacientes, 27 (42,8%) eram beneficiários e apenas 2 (3,2%) relataram não possuir nenhuma ocupação no momento da entrevista, 34 (53,9%) cursaram o ensino fundamental completo, 1 (1,6%) tinha ensino superior com pós-graduação e apenas 1 (1,6%) era analfabeto.

As características sócio-demográficas foram semelhantes entre os grupos, demonstrando homogeneidade na amostra estudada.

Tabela 1: Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo características sóciodemográficas acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife, 2007.

Variáveis	Grupos				p-valor
	Pós-transplante		Pré-transplante		
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	35	55,6	34	57,6	0,962 *
Feminino	28	44,4	25	42,4	
Residência					
RMR	32	50,8	32	54,2	0,842 *
Outros	31	49,2	27	45,8	
Ocupação					
Exerce atividade profissional	18	28,6	13	22,0	0,123 **
Do lar	6	9,5	5	8,5	
Aposentado	7	11,1	17	28,8	
Beneficiário	27	42,8	16	27,1	
Estudante	3	4,8	5	8,5	
Sem ocupação	2	3,2	3	5,1	
Escolaridade					
Analfabeto	1	1,6	3	5,1	0,294 **
Fundamental incompleto	3	4,8	4	6,8	
Fundamental completo	34	53,9	30	50,8	
Médio completo	24	38,1	17	28,8	
Superior com Pós-Graduação	1	1,6	5	8,5	

(*) Teste Qui-Quadrado

(**) Teste Exato de Fisher

Na tabela 2 se verifica que: a idade média entre os pacientes no pré-transplante foi de $47 \pm 12,38$ anos, a renda, estimada em mediana, foi de R\$ 380,00 e o tempo médio de diálise foi de 39,63 meses, o equivalente a 3 anos e 3 meses.

Entre os transplantados, a idade média foi de $39 \pm 10,39$ anos, a renda também foi de R\$ 380,00 e o tempo médio de diálise foi de 82,05 meses, o equivalente a 6 anos e 10 meses.

O tempo médio de transplante foi de 1 ano e 3 meses. Este dado não foi apresentado na tabela, por se referir apenas a um dos grupos estudados; no entanto, foi abordado na discussão.

O tempo médio de diálise também foi abordado na discussão, devido à relevância para o estudo.

Tabela2: Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo idade, renda e tempo de diálise, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife, 2007

Variáveis	Grupos				p-valor
	Pós-transplante		Pré-transplante		
	Média	DP	Média	DP	
Idade	39,3	±10,39	47,1	±12,38	0,000 *
	Mediana	Q1 ; Q3	Mediana	Q1 ; Q3	
Renda	380,00	380,00 ; 900,00	380,00	380,00 ; 700,00	0,328 **
	Média	DP	Média	DP	
Tempo de Diálise	6,8	±4,51	3,3	±2,79	0,000 **

(*) Teste t Student

(**) Teste de Mann-Whitney

Na tabela 3 se observa que: 47 (79,6%) pacientes no pré-transplante não apresentavam depressão, 7 (11,9%) apresentavam depressão de moderada a grave, 4 (6,8%) depressão leve e 1 (1,7%) apresentava depressão grave.

Entre os transplantados: 56 (88,9%) não apresentavam depressão, 4 (6,3%) apresentavam depressão de moderada a grave, 3 (4,8%) depressão leve e nenhum paciente apresentou depressão grave.

Tabela 3: Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo níveis de depressão, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas.

Recife, 2007

Níveis de Depressão	Grupos				p-valor *
	Pós-transplante		Pré-transplante		
	n	%	n	%	
Sem Depressão	56	88,9	47	79,6	
Depressão Leve	3	4,8	4	6,8	
Depressão Moderada a grave	4	6,3	7	11,9	0,470
Depressão Grave	0	0,0	1	1,7	
Total	63	100,0	59	100,0	

(*) Teste Exato de Fisher

Na tabela 4 se verifica que: 38 (86,4%) dos transplantados, que se encontravam entre 1 e 2 anos de transplante, não apresentaram depressão, 4 (9,1%) apresentaram depressão de moderada a grave e 2 (4,5%) apresentaram depressão leve. Entre os transplantados com período menor ou igual a 1 ano de transplante, 18 (94,7%) não apresentaram depressão e apenas 1 (5,3%) apresentou depressão leve.

Tabela 4: Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo níveis de depressão, conforme o tempo de transplante, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife, 2007

Níveis de Depressão	Tempo de Transplante				p-valor *
	≤ 1 ano		> 1 ano e ≤ 2 anos		
	n	%	n	%	
Sem Depressão	18	94,7	38	86,4	
Depressão Leve	1	5,3	2	4,5	
Depressão Moderada a grave	0	0,0	4	9,1	0,547
Total	19	100,0	44	100,0	

(*) Teste Exato de Fisher

Na tabela 5 se observa que: nos pacientes com menos de 4 anos de diálise, 49 (83%) não apresentaram depressão, 6 (10,2%) apresentaram depressão leve, 3 (5,1%) depressão de moderada a grave e 1 (1,7%) depressão grave.

Nos pacientes com tempo de diálise entre 4 e 8 anos, 30 (90,9%) não apresentaram depressão, 2 (6,1%) apresentaram depressão de moderada a grave, apenas 1 (3%) apresentou depressão leve e nenhum paciente apresentou depressão grave.

Entre os pacientes com tempo igual ou maior que 8 anos de diálise, 24 (80%) não apresentaram depressão, 6 (20%) apresentaram depressão de moderada a grave e nenhum paciente, da amostra, apresentou depressão leve ou grave.

Tabela 5: Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo níveis de depressão, conforme o tempo de diálise, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife, 2007

Níveis de Depressão	Tempo de Diálise						p-valor*
	< 4 anos		4 - 8		≥ 8		
	n	%	n	%	n	%	
Sem Depressão	49	83,0	30	90,9	24	80,0	0,089
Depressão Leve	6	10,2	1	3,0	0	0,0	
Depressão Moderada a Grave	3	5,1	2	6,1	6	20,0	
Depressão Grave	1	1,7	0	0,0	0	0,0	
Total	59	100,0	33	100,0	30	100,0	

(*) Teste Exato de Fisher

Na tabela 6 se verifica que: nos pacientes do pré-transplante os aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e a saúde mental apresentaram as maiores médias, correspondendo, respectivamente, a 90,0 ($\pm 23,53$ dp), 77,4 ($\pm 41,73$ dp) e 76,6 ($\pm 19,76$ dp), seguidos dos domínios: dor, com 69,3 ($\pm 30,20$ dp), limitação por aspectos físicos, com 68,6 ($\pm 45,15$ dp), vitalidade, com 67,0 ($\pm 22,95$), capacidade funcional, representando 66,1 ($\pm 31,43$ dp) e, por último, estado geral de saúde, com 63,7 ($\pm 24,48$).

Entre os transplantados, destacam-se os seguintes domínios: limitação por aspectos emocionais, com 87,8 ($\pm 32,41$ dp), capacidade funcional, com 82,6 ($\pm 22,38$ dp) e aspectos sociais, com 82,1 ($\pm 30,18$ dp), seguidos de: vitalidade, com 80,4 ($\pm 21,8$ dp), dor, 78,8 (\pm

31,65 dp), saúde mental 74,1 (\pm 21,45 dp) e, por último, estado geral de saúde, com 71,1 (\pm 28,47 dp).

Tabela 6: Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo escores médios dos domínios do questionário SF-36, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife, 2007

Domínios do SF-36	Grupos		p-valor
	Pós-transplante Média \pm DP	Pré-transplante Média \pm DP	
Capacidade Funcional	82,6 \pm 22,38	66,1 \pm 31,43	0,001 *
Limitação por Aspectos físicos	77,0 \pm 41,71	68,6 \pm 45,15	0,335 *
Dor	78,8 \pm 31,65	69,3 \pm 30,20	0,027 *
Estado Geral de Saúde	71,1 \pm 28,47	63,7 \pm 24,48	0,049 *
Vitalidade	80,4 \pm 21,58	67,0 \pm 22,95	0,000 *
Aspectos Sociais	82,1 \pm 30,18	90,0 \pm 23,53	0,099 *
Limitação por Aspectos Emocionais	87,8 \pm 32,41	77,4 \pm 41,73	0,111 *
Saúde Mental	74,1 \pm 21,45	76,6 \pm 19,76	0,502 **

(*) Teste de Mann-Whitney

(**) Teste t Student

Na tabela 7 se observa que: para o grupo com tempo menor ou igual a 1 ano, o maior percentil correspondeu à limitação por aspectos emocionais, com 91,2 (\pm 26,86 dp), seguido de: dor, com 86,0 (\pm 25,4 dp), capacidade funcional, 83,0 (\pm 17,58 dp), vitalidade, 80,79 (\pm 18,13 dp), limitação por aspectos físicos, 76,3 (\pm 41,23 dp), aspectos sociais, 75,7 (\pm 31,86 dp), saúde mental, 74,5 (\pm 16,72 dp) e, por último, estado geral de saúde, com 66,1 (\pm 30,54 dp).

Para o grupo com tempo maior ou igual a 1 ano de transplante foram observados, em ordem decrescente, os seguintes domínios: limitação por aspectos emocionais, 86,4 (\pm 34,71 dp), aspectos sociais, 84,9 (\pm 29,36 dp), capacidade funcional, 82,5 (\pm 24,34 dp), vitalidade, 80,2 (\pm 42,39 dp), dor, 75,8 (\pm 33,8 dp), saúde mental, 73,9 (\pm 23,38 dp) e, por último, estado geral de saúde, com 73,3 (\pm 27,61 dp).

Tabela 7: Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo escores médios dos domínios do questionário SF-36, conforme o tempo de transplante, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas.

Recife, 2007

Domínios do SF-36	Tempo de Transplante		p-valor
	≤ 1 ano	>1ano e ≤ 2 anos	
	Média ± DP	Média ± DP	
Capacidade Funcional	83,0 ± 17,58	82,5 ± 24,34	0,433 *
Limitação por Aspectos Físicos	76,3 ± 41,23	77,3 ± 42,39	0,594 *
Dor	86,0 ± 25,40	75,8 ± 33,80	0,263 *
Estado Geral de Saúde	66,1 ± 30,54	73,3 ± 27,61	0,442 *
Vitalidade	80,79 ± 18,13	80,2 ± 23,10	0,733 *
Aspectos Sociais	75,7 ± 31,86	84,9 ± 29,36	0,187 *
Limitação por Aspectos Emocionais	91,2 ± 26,86	86,4 ± 34,71	0,678 *
Saúde Mental	74,5 ± 16,72	73,9 ± 23,38	0,918 **

(*) Teste de Mann-Whitney

(**) Teste t Student

Na tabela 8 se verifica que: no grupo com tempo de diálise menor que 4 anos, as maiores médias se sucederam de forma decrescente: aspectos sociais, 85,6 (± 28,13 dp), limitação por aspectos emocionais, 78 (± 41,8 dp), dor, 77,6 (± 29,72 dp), limitação por aspectos físicos, 74,6 (± 42,67 dp), saúde mental, 72,8 (± 29,73 dp), vitalidade, 71,69 (± 21,67 dp), e estado geral de saúde, 65,8 (± 25,75 dp).

No grupo com tempo de diálise entre 4 e 8 anos, a maior média foi em limitações por aspectos emocionais, com 91,9 (± 26,39 dp), seguido dos aspectos sociais, 87,9 (± 26,61 dp), saúde mental, 81,6 (± 16,18 dp), vitalidade, 78,9 (± 20,98 dp), capacidade funcional, 78,9 (± 25,53 dp), limitação por aspectos físicos, 75 (± 43,3 dp), dor, 74,2 (± 29,5 dp) e, por último, estado geral de saúde, 71,4 (± 27,68).

No grupo com tempo igual ou maior que 8 anos de diálise foi observado, em ordem decrescente: aspectos sociais, 84,58 (± 27,4 dp), limitação por aspectos emocionais, 82,2 (± 37,89 dp), capacidade funcional, 73,7 (± 28,62 dp), vitalidade, 72,7 (± 27,82 dp), dor, 67,5 (±

35,56 dp), limitação por aspectos físicos, 67,5 (\pm 46,03 dp) e, por último, estado geral de saúde, 66,6 (\pm 28,16 dp).

Tabela 8: Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo escores médios dos domínios do questionário SF-36, conforme o tempo de diálise, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife, 2007

Domínios do SF-36	Tempo de Diálise			p-valor
	< 4 anos Média \pm DP	4 8 Média \pm DP	\geq 8 Média \pm DP	
Capacidade Funcional	72,8 \pm 29,73	78,8 \pm 25,53	73,7 \pm 28,62	0,680 *
Limitação por Aspectos Físicos	74,6 \pm 42,67	75,0 \pm 43,30	67,5 \pm 46,03	0,642 *
Dor	77,6 \pm 29,72	74,2 \pm 29,50	67,5 \pm 35,56	0,376 *
Estado Geral de Saúde	65,8 \pm 25,75	71,4 \pm 27,68	66,6 \pm 28,16	0,444 *
Vitalidade	71,69 \pm 21,67	78,9 \pm 20,98	72,7 \pm 27,82	0,210 *
Aspectos Sociais	85,6 \pm 28,13	87,9 \pm 26,61	84,58 \pm 27,40	0,638 *
Limitação por Aspectos Emocionais	78,0 \pm 41,80	91,9 \pm 26,39	82,2 \pm 37,89	0,256 *
Saúde Mental	74,4 \pm 19,57	81,6 \pm 16,18	70,3 \pm 25,38	0,082 **

(*) Kruskal-Wallis

(**) Anova

2.4 Discussão

O estudo mostrou, no que diz respeito à depressão, que não houve diferença estatística significativa entre os pacientes do pré-transplante e os transplantados renais. Porém, há uma tendência para mais casos de depressão entre pacientes no pré-transplante (tabela 3), em conformidade com resultados obtidos em outro estudo⁽¹⁶⁾. No entanto, ressalta-se que a depressão pode ser um problema potencial no pós-transplante, devido a algumas possíveis implicações, como a falta de adesão ao tratamento e a perda do enxerto⁽¹⁶⁻²⁰⁻²¹⁾, bem como alterações corporais, sentimento de culpa com relação ao doador e efeito dos imunossupressores⁽²²⁾.

Também foi constatada uma elevada percentagem de pacientes, de ambos os grupos, que não apresentavam depressão (tabela 3). Os estudos realizados nessa área mostram resultados diferentes dos dados encontrados, demonstrando a presença deste distúrbio principalmente entre os pacientes da lista pré-transplante⁽²³⁾ e entre os transplantados que retornaram para a hemodiálise, devido à rejeição do enxerto⁽¹³⁻²⁰⁻²¹⁾.

Essa diferença nos resultados pode estar relacionada ao fato de não se ter trabalhado com pacientes com rejeição, o que esperadamente resultaria em um aumento dos casos de depressão entre os sujeitos. Também se especula quanto à repercussão do tempo de espera do paciente pelo transplante, ainda em tratamento dialítico, conforme referido pelos autores⁽²⁴⁻²⁵⁻²⁶⁾.

No entanto, nos pacientes em que a depressão foi evidenciada o grupo do pré-transplante renal foi o que apresentou os maiores índices deste distúrbio, em todos os níveis (Tabela 3), assim como referem outros autores⁽²⁰⁻²³⁻²⁴⁾.

As causas para um maior índice de depressão entre os pacientes com IRC podem estar relacionadas com o estilo de vida adquirido ao iniciarem o tratamento dialítico. A restrição dietética e hídrica, a perda da autonomia, a queda da renda mensal, a redução do interesse sexual e o medo da morte são identificados como fatores causadores de distúrbio depressivo nessa população⁽¹³⁻²⁷⁾. Outras causas frequentemente relacionadas com a depressão, nos pacientes em tratamento hemodialítico, são: queixas de mal-estar, câimbras, quedas bruscas de pressão arterial, presença de fístula artério-venosa e o preconceito para inserção no mercado de trabalho⁽²⁸⁾, além da má adesão ao tratamento⁽²⁹⁾.

Os problemas vivenciados pelos pacientes com doença renal crônica repercutem negativamente em sua qualidade de vida⁽⁵⁻¹¹⁻²³⁻³⁰⁻³¹⁾, como observado na tabela 6, em que

praticamente todos os domínios relativos à qualidade de vida foram menores em comparação com os transplantados renais, como descrito por outros autores⁽²³⁻³²⁾.

Outro motivo que ocasionar depressão em pacientes com IRC que estão na lista de espera por um transplante consiste possivelmente na forma de enfrentamento à nova situação. O estresse vivenciado por esses pacientes, ao se depararem com a possibilidade do transplante, poderia desencadear um distúrbio depressivo⁽²⁴⁻²⁵⁻²⁶⁾.

Para alguns pacientes a lista de espera por um transplante, é considerada um símbolo de esperança, de reorganização psíquica e social. Para outros, pode ser entendida como a última alternativa⁽³³⁾.

É válido ressaltar que a depressão poderá ocorrer também no pós-transplante renal, como evidenciado em algumas pesquisas⁽²¹⁻³⁰⁻³⁴⁻³⁵⁻³⁶⁾ e como observado em alguns pacientes deste estudo (tabela 3), bem como em estudos com outros tipos de transplante, como é o caso do transplante hepático⁽³³⁾, podendo este fato ser explicado pelas complicações clínicas e ou cirúrgicas⁽²²⁾, pela não adesão ao tratamento⁽¹³⁻³⁶⁾, pelas alterações corporais⁽²²⁻³⁵⁾, pelo uso de imunossupressores⁽¹⁶⁻²¹⁻²²⁻³⁷⁾, ou talvez pela confluência de todos esses fatores, além de interferir negativamente na QV desses pacientes⁽³⁰⁻³⁶⁾. Tanto a depressão pode expressar o efeito de um ou mais fatores relacionados, quanto pode ser a causa de outros problemas. A depressão não tratada poderá ocasionar a rejeição do enxerto, devido à não adesão ao tratamento⁽¹³⁾, bem como ser um fator de risco para o suicídio⁽³⁸⁻³⁹⁾. Da mesma forma, a rejeição pode ser considerada um fator de risco para a depressão e para o suicídio⁽¹³⁻²¹⁾.

Com relação ao tempo de transplante e sua possível relação com os níveis de depressão, observou-se que o maior quantitativo de pacientes transplantados sem depressão correspondia ao período maior que um ano e menor ou igual a dois anos do procedimento. Este resultado pode estar relacionado a uma maior adaptação às mudanças no estilo de vida, após um ano de transplante, conforme referido pelos autores⁽⁴⁰⁾. O paciente adquire mais independência⁽¹²⁾, devido à frequência reduzida de visitas ao hospital, apresenta maior autonomia para resolver seus problemas de ordem pessoal e desenvolver suas atividades cotidianas⁽³⁵⁾.

Outro motivo seria a redução das doses dos imunossupressores, o que normalmente ocorre com o passar do tempo, de acordo com o protocolo de cada droga, podendo estar relacionada à redução dos efeitos dessas medicações, como é o caso dos sintomas depressivos⁽³⁷⁾.

No entanto, entre os transplantados que apresentaram depressão, a maior parte estava concentrada nesse mesmo período, como referido em estudo semelhante⁽³⁶⁾. Este justifica a ocorrência de depressão, após um ano, devido ao impacto financeiro relacionado à dificuldade

de reinserção no mercado de trabalho, ao estado físico do paciente e ao tratamento a que é submetido, com influência sobre a vida familiar e atividades sociais, às alterações digestivas (constipação) e às preocupações, como: medo de infecção e de rejeição do enxerto.

Uma incidência cumulativa de casos de depressão, no decorrer de três anos pós-transplante, porém, apenas justifica a ocorrência deste distúrbio no primeiro ano, relacionando-o a fatores como: reajuste na vida cotidiana, medo de rejeição e de infecção, e o uso de imunossuppressores, bem como de seus efeitos adversos⁽²¹⁾.

Neste trabalho, foi evidenciado que o quantitativo maior de pacientes sem depressão encontrava-se no período inferior a quatro anos de diálise (Tabela 5), o que difere dos achados de alguns trabalhos⁽¹³⁻³⁵⁻³⁸⁻³⁹⁻⁴¹⁾.

Esse fato pode ser ocasionado talvez, pelo sentimento de esperança dos pacientes de que, em pouco tempo, poderão se livrar dessa situação, alguns pela esperança depositada em um possível transplante⁽²²⁻³⁵⁻⁴²⁾, outros por não compreenderem o que significa ser portador de uma doença renal crônica e suas implicações, achando, assim, que poderá haver cura e que o tratamento tem caráter temporário⁽²⁴⁾.

Porém, embora o maior número de pacientes sem depressão encontrasse no período inferior a quatro anos de diálise, paradoxalmente a maioria, entre os que apresentaram o distúrbio, também se encontrava nesse mesmo período, o que está em acordo com estudos anteriormente citados⁽¹³⁻³⁵⁻³⁸⁻³⁹⁻⁴¹⁾.

Infere-se que o fato decorre da forma de enfrentamento de cada pessoa às variadas situações. Cada indivíduo reage de uma determinada maneira, quando surpreendido pela notícia de que é portador de uma doença crônica e de que necessitará de tratamento para o resto da vida⁽²⁴⁻²⁷⁻⁴³⁾.

Esse fato poderá ser potencializado caso surja a possibilidade de um transplante: o indivíduo, muitas vezes, nem assimilou a doença e o tratamento a que será submetido, e coloca-se então diante dele a perspectiva de uma cirurgia em que ele terá que receber um órgão de outra pessoa, viva ou morta⁽⁴⁴⁾.

No entanto, estratificando-se os níveis de depressão da tabela 5, será possível identificar que, no período inferior a quatro anos, ocorreram mais casos de depressão leve, enquanto a maior parte dos casos de depressão moderada a grave encontrava-se no período maior ou igual a 8 anos. Infere-se que isso se deve ao tempo prolongado de espera na fila pré-transplante, o que poderia acarretar o aparecimento de comorbidades⁽⁴⁵⁾ e até a morte do paciente, bem como aumentar a incerteza sobre a realização do transplante, por incompatibilidade do doador⁽²⁰⁾.

Na tabela 6 observa-se que o grupo de transplantados renais apresentou melhor qualidade de vida, com diferença estatística significativa, em praticamente todos os domínios, em relação ao grupo da fila pré-transplante, o que está em acordo com os resultados de algumas pesquisas⁽²³⁻³¹⁻³²⁻⁴⁶⁾, excetuando-se os componentes aspectos sociais e saúde mental, com percentis discretamente maiores entre os pacientes da fila, pré-transplante.

Infere-se que a melhor qualidade de vida, entre os transplantados, se deve ao grau de independência que o transplante proporciona, quando bem sucedido, além de uma menor restrição alimentar, ausência de restrição hídrica e maior bem-estar físico, como também mencionado em alguns trabalhos⁽³⁵⁻⁴⁰⁾.

Entre os domínios que mais se destacaram nesta pesquisa, quando comparado os dois grupos, estão vitalidade ($p = 0,000$), capacidade funcional ($p = 0,001$), dor ($p = 0,027$) e estado geral de saúde ($p = 0,049$). Em um dado estudo²⁹, não foram evidenciadas diferenças estatisticamente significantes com relação à qualidade de vida, quando comparados grupos em tratamento hemodialítico, em diálise peritoneal e transplantados renais. Porém, foi verificado que o componente vitalidade apresentou maior escore no grupo de transplantados renais, assim como encontrado neste estudo.

Outra pesquisa também não mostrou diferença estatística significativa entre os escores de QV quando comparados pacientes do pré e do pós-transplante renal, no entanto, mencionou que a média dos escores apontou para uma diferença positiva na avaliação da qualidade de vida após o transplante⁽³⁵⁾.

Um terceiro estudo mostrou uma percepção subjetiva em relação à QV, correlacionada negativamente com a presença de depressão e falta de apoio social⁽⁴⁷⁾.

No entanto, apesar do presente estudo e grande parte das pesquisas já mencionadas apresentarem resultados mais satisfatórios com relação à QV entre os transplantados renais, é válido ressaltar o potencial comprometimento desta no período posterior ao transplante, tendo em vista algumas preocupações peculiares desse período, como, por exemplo, mudanças na imagem corporal, insegurança com um possível retorno às atividades profissionais, medo da rejeição do enxerto e retorno à diálise, como corroboram alguns autores⁽⁷⁻²²⁻³²⁻³⁵⁾.

No que diz respeito ao domínio aspecto social, o maior escore foi relacionado a um pequeno número de pacientes da fila pré-transplante, que apresentavam características sociais destoantes dos demais, como, por exemplo, renda superior, melhores condições de moradia, maior nível intelectual e acesso a tratamento de saúde particular ou conveniado, o que elevou a média dos escores nesse componente.

Quanto ao domínio saúde mental, também se observa uma diferença entre os pacientes da fila em relação aos transplantados. O fato deste domínio ter sido maior nesse grupo não representou significância estatística e destoa um pouco dos dados apresentados na tabela 3, que apresenta um maior número de casos de depressão nessa população, bem como de uma pesquisa realizada com pacientes em tratamento dialítico, em que na presença de depressão, verificou-se comprometimento da QV, principalmente nos domínios saúde mental e física⁽³⁰⁾.

Um estudo sobre preditores de qualidade de vida em pacientes com doença crônica em hemodiálise constatou menores escores em relação aos componentes físico e mental, relacionando esses resultados à presença de comorbidades como Diabetes Mellitus (DM) e Depressão, uso de CDL como acesso vascular, ausência de ocupação regular e menor nível educacional, o que influenciou negativamente a QV desse grupo⁽²³⁾. Nesta pesquisa encontraram-se dados semelhantes com relação ao domínio limitações por aspectos físicos e divergentes com relação ao domínio saúde mental, no entanto, os resultados não apresentaram significância estatística.

Nas tabelas 7 e 8 observa-se que não houve significância estatística, no que diz respeito aos escores médios para avaliação da QV, em relação ao tempo de transplante, conforme outro estudo⁽⁴⁷⁾, e ao tempo de diálise.

Quanto ao transplante, como citado anteriormente, estudo realizado com 166 transplantados, sendo 47% de fígado, 42,8% de rim e 10,2% de coração, avaliou a relação entre os níveis de ansiedade, de depressão e QV e o período de tempo pós-transplante. Foram evidenciados maiores níveis de ansiedade e depressão um ano após o transplante, com negativa repercussão na QV dos pacientes⁽³⁶⁾. Os autores justificaram os resultados como resultantes de preocupações: possibilidade de rejeição, infecções e com o futuro bem estar físico, social e financeiro⁽²¹⁻²⁵⁾.

No entanto, as preocupações referidas pelos pacientes são percebidas em todos os períodos do pós-transplante e até mesmo antes de ocorrer o transplante, pois se tratam de preocupações pertinentes, tendo em vista a real possibilidade de ocorrência das alterações mencionadas, conforme citado em pesquisa⁽³⁵⁾, o que reforça os resultados deste estudo.

Quanto à hemodiálise, pesquisa⁽²⁹⁻⁴⁸⁾, demonstram que pacientes com menor tempo de tratamento dialítico apresentaram maiores escores para QV, o mesmo ocorrendo com pacientes que não tiveram tratamento dialítico antes do transplante. No entanto, com relação a pacientes transplantados que se submeteram a diálise antes da cirurgia, não foram percebidos, neste estudo, efeitos significativos na QV.

2.5 Considerações Finais:

O estudo evidenciou que a maioria dos domínios avaliados para qualidade de vida foi significativamente melhor entre os transplantados em relação aos pacientes da fila pré-transplante. Também foi verificado que a maior parte dos pacientes, tanto da fila quanto do pós-transplante, não apresentou depressão. O tempo de diálise e de transplante parece não interferir na percepção dos pacientes sobre sua condição emocional e qualidade de vida.

No entanto, ressalta-se a importância da valorização dos aspectos emocionais e psicossociais, devido às alterações que poderão surgir, tanto no pré, quanto no pós-transplante renal.

Acredita-se que a realização de outras pesquisas nessa área é de fundamental importância para melhor conhecimento do manejo do tratamento e do cuidado com os pacientes crônicos, sendo sugerido um acompanhamento psicológico sistemático, em todas as etapas do transplante, por parte, de equipe multiprofissional.

Referências

- 1 Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos. Ed. Guanabara Koogan 1996; 3(36): 475 / (48): 639-641.
- 2 Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. Ed. Guanabara 2002; 9: 1100.
- 3 Romão Jr JE, Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. Jornal Brasileiro de Nefrologia 2004; V. XXVI(3).
- 4 D'Ávila 1996 In, Riella. Op. Cit.
- 5 Castro M, Caiuby AVS, Draibe SA, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. Rev Assoc Med Bras 2003; 49:245-9.
- 6 Zimmermann, P. R.; Carvalho, J. O. & Mari, J. J. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 2004; 26(3):312-318.
- 7 Bittencourt ZZLC, Alves Filho G, Mazzali M, Santos NR. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. Rev. Saúde Pública 2004; 38(5): 732-734.
- 8 Pereira WA, Galazzi JF, Lima AS, Andrade MAC. Transplante de Fígado. In: Pereira WA, organizador. Manual de transplantes de órgãos e tecidos. Ed. Medsi 2000; 2:203-37.
- 9 Butolo-Vido M, Quintella-Fernandes R. Quality of life: considerations about concept and instruments of measure. Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]. 2007 March 13; 6(2).
- 10 McIntyre T, Barroso R, Lourenço M. Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. Saúde mental 2002, 4(5).

-
- 11 Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001; 38(3):443-64.
 - 12 Castro EK. O paciente renal crônico e o transplante de órgãos no Brasil: aspectos psicossociais. *Rev. SBPH*. jun. 2005; 8(1):1-14.
 - 13 Almeida AM, Meleiro AMAS. Depressão e insuficiência renal crônica. *J Bras Nefrol*. 2000; 22:192-200.
 - 14 Daugirdas JT. Manual de diálise. Ed.Medsi 2003; 3.
 - 15 Manfro, R.C. et al. Manual de Transplante Renal. Ed Manole 2004; 1.
 - 16 Karaminia R, Tavallaii SA, Lorgard-Dezfuli-Nejad M, Lankarani M.M, Mirzaie HH, Einollahi B, and Firoozan A. Anxiety and Depression: A Comparison Between Renal Transplant Recipients and Hemodialysis Patients. *Transplantation Proceedings* 2007; 39: 1082–1084.
 - 17 Beck, AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin. Psychol. Rev.* 1988; 8(1):77–100.
 - 18 Gorestein C, Andrade H. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clin* 1998; 25:245-50.
 - 19 Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário de avaliação de qualidade de vida “Medical outcomes study 36-item short form health survey (SF-36)” [tese]. Universidade Federal de São Paulo 1999.
 - 20 Akman, B, Ozdemir FN, Sezer S, Micozkadioglu H, Haberal M. Depression levels before and after renal transplantation. *Transplant Proc* 2004; 36:111-3.
 - 21 Dobbels F, Skeans MA, Snyder JJ, Tuomari AV, Maclean JR, and Kasiske BL. Depressive Disorder in Renal Transplantation: An Analysis of Medicare Claims. *American Journal of Kidney Diseases* 2008; 51(5):819-828.
 - 22 Abrunheiro LMM, Perdigoto R, Sendas S. Avaliação e Acompanhamento Psicológico Pré e Pós-Transplante Hepático. *Psic., Saúde & Doenças*. Nov. 2005; 6(2):139-143.

-
- 23 Barbosa LMM, Júnior MPA, Bastos KA. Preditores de Qualidade de Vida em Pacientes com Doença Renal Crônica em Hemodiálise. *J Bras Nefrol* 2007; 29(4).
 - 24 Velloso, Rosana Laura Martins. Efeitos da hemodiálise no campo subjetivo dos pacientes renais crônicos. *Cogito* 2001; 3:73-82.
 - 25 Sasso KD, Galvão CM, Silva Jr OC, França AVC. Transplante de fígado: resultados de aprendizagem de pacientes que aguardam a cirurgia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2005 Ago; 13(4):481-488.
 - 26 Massarollo MC, Kurcgant P. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. *Rev Latino-am Enfermagem* 2000; 8(4):66-72.
 - 27 Higa K et al. Quality of life of patients with chronic renal insufficiency undergoing dialysis treatment. *Acta paul. enferm.* 2008; 21.
 - 28 Lara EA, Sarquis LMM. O paciente renal crônico e sua relação com o trabalho. *Cogitare Enf.* 2004; 9(2):99-106.
 - 29 Sayin A, Mutluay R, and Sindel S. Quality of Life in Hemodialysis, Peritoneal Dialysis, and Transplantation Patients. *Transplantation Proceedings* 2007; 39:3047–3053.
 - 30 Noohi S, Khaghani-Zadeh M, Javadipour M, Assari S, Najafi M, Ebrahimi M, and Pourfarziani V. Anxiety and Depression Are Correlated With Higher Morbidity After Kidney Transplantation. *Transplantation Proceedings* 2007; 39:1074–1078.
 - 31 Pereira LC, Chang J, Fadil-Romão MA, Abensur H, Araújo MRT, Noronha IL, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. *J Bras Nefrol* 2003; 25:10-6.
 - 32 Overbeck, M. Bartels, O. Decker, J. Harms, J. Hauss, and J. Fangmann. Changes in Quality of Life After Renal Transplantation. *Transplantation Proceedings* 2005; 37:1618-1621.
 - 33 Duarte PM, Sankarankutty AK, Silva OC, Gorayeb R, et al. Sofrimento psíquico em pacientes listados para o transplante hepático. *Act Cir. Bras.* 2006; 21(1).

-
- 34 Arapaslan B, Soykan A, Soykan C, and Kumbasar H. Cross-Sectional Assessment of Psychiatric Disorders in Renal Transplantation Patients in Turkey: A Preliminary Study. *Transplantation Proceedings* 2004; 36:1419-1421.
 - 35 Ravagnani LMB, Domingos NAM, Miyazaki MCOS, Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estudos de Psicologia*. 2007; 12 (2):177-184.
 - 36 Pérez-San-Gregorio MA, Martín-Rodríguez A, Díaz-Domínguez R, Pérez-Bernal J. The Influence of Posttransplant Anxiety on the Long-Term Health of Patients. *Transplantation Proceedings* 2006; 38:2406-2408.
 - 37 Rosenberger J, Geckova AM, Dijk JP, Roland R, Heuvel WJA, Groothof JWG Factors modifying stress from adverse effects of immunosuppressive medication in kidney transplant recipients. *Clinical Transplantation* 2004; 19(1):70-76.
 - 38 Moura Junior JA, Souza CAM, Oliveira IR, Miranda RO, Teles C, Moura Neto JA. Risco de suicídio em pacientes em hemodiálise: evolução e mortalidade em três anos. *J. bras. psiquiatr.* 2008; 57(1):44-51.
 - 39 Kurella M, Kimmel PL, † Belinda S. Young and Glenn M. Chertow. Suicide in the United States End-Stage Renal Disease Program. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16:774–781.
 - 40 Brandão de Carvalho Lira Ana Luisa, Cavalcante Guedes Maria Vilani, Oliveira Lopes Marcos Venícios de. Adolescente renal crônico: alterações físicas, sociais y emocionales pos-trasplante. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2005; 8(4): 12-16.
 - 41 Almeida AM, A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. *J Bras Nefrol*. 2003; 250:209-14.
 - 42 Pietrovsk V, Dall'Agnol CM. Situações significativas no espaço-contexto da hemodiálise: o que dizem os usuários de um serviço?. *Rev. bras. enferm.* [serial on the Internet]. 2006 Oct; 59(5):630-635.
 - 43 Amato MS, Amato NV, Uip DE. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença de Chagas submetidos a transplante de coração. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 1997; 30(2): 159-160.

-
- 44 Mendes AC, Shiratori K. As percepções dos pacientes de transplante renal. *Rev Nursing*. 2002; 5 (44): 45-51.
 - 45 Morsch C, Gonçalves L F, Barros E. Índice de gravidade da doença renal, indicadores assistenciais e mortalidade em pacientes em hemodiálise. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2005 Oct; 51(5):296-300.
 - 46 Virzi A, Giammarresi Signorelli MS, Veroux MG, Maugeri S, Nicoletti A, Veroux P. Depression and Quality of Life in Living Related Renal Transplantation. *Transplantation Proceedings* 2007; 39 (6):1791-1793.
 - 47 Shah VS, Ananth A, Sohal GK, Bertges-Yost W, Eshelman A, Parasuraman RK, and Venkat KK. Quality of Life and Psychosocial Factors in Renal Transplant Recipients. *Transplant Proc*. 2006; 38:1283-1285.
 - 48 Cattai GBP, Rocha FA, Nardo Junior N., Pimentel GGA. Qualidade de vida em acientes com insuficiência renal crônica – SF-36. *Cienc Cuid Saude* 2007; 6(2):460-467.

APÊNDICES

A- Termo de consentimento livre e esclarecido

B- Formulário para caracterização da amostra

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

PROJETO
DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-
TRANSPLANTE RENAL

Nome do autor: **Patrícia Madruga Rêgo Barros**

Nome do Orientador: **Luciane Soares de Lima**

Endereço: Rua Capitão Ponciano 63, Barro – Recife – PE – CEP: 50780-040

Telefone para contato: (81) 3251.1936

e-mail: patricia-madruga@hotmail.com

O objetivo do estudo é analisar a depressão e a qualidade de vida em pacientes no pré e pós-operatório de transplante renal.

O estudo será realizado no *ambulatório de transplante renal* do Hospital das Clínicas Recife - Pernambuco.

Os dados serão coletados através de um formulário constituído de perguntas fechadas e de inventários específicos para análise da qualidade de vida e depressão.

Estes dados serão utilizados para elaboração de dissertação de mestrado.

A pesquisa não incorrerá em ônus para você que também não receberá pagamento pela sua participação.

As informações obtidas através do estudo terão caráter sigiloso, bem como será respeitada a privacidade de seus participantes. Elas poderão ser divulgadas em eventos ou publicações científicas, porém preservando a identidade de seus participantes.

A aplicação do instrumento de coleta de dados poderá ocasionar constrangimento aos pacientes, constituindo risco mínimo para a amostra, porém estes, a qualquer momento, poderão desistir da participação do estudo sem prejuízo para sua assistência. Os resultados da pesquisa poderão ajudar na melhoria da qualidade da assistência prestada ao público alvo, evitando ou reduzindo agravos à saúde.

Eu li e compreendi as informações acima descritas e concordo livremente em participar do estudo em questão.

Recife ____ de _____ de _____.

Entrevistado

Entrevistador

Testemunha

Testemunha

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Data da coleta ____/____/____

Registro: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- I. Número do prontuário: _____
- II. Idade: _____
- III. Sexo: 1 Masculino 2 Feminino
- IV. Profissão: _____
- V. Ocupação: _____
- VI. Escolaridade:
- 1 Analfabeto 4 2º grau ou médio
- 2 Alfabetizado 5 3º grau ou superior
- 3 1º grau ou fundamental 6 Pós-graduação.
- VII. Reside: 1 Região metropolitana do Recife (município): _____
- 2 Outros
- VIII. Renda mensal: _____
- IX. Condições de moradia:
- 1 Possui água encanada e saneamento básico completo
- 2 Possui energia elétrica
- 3 Casa em alvenaria
- 4 Casa de taipa
- X. Tempo de diálise: _____
- XI. Tipo de tratamento dialítico no momento:
- 1 CAPD Tempo: _____ 3 DPI Tempo: _____
- 2 HEMODIÁLISE Tempo: _____ 4 DPA Tempo: _____
- 5 Não aplicável
- XII. Doença de base:
- 1 INDETERMINADA 6 RINS POLICÍSTICOS
- 2 GNC 7 LES
- 3 HAS 8 UROPATIA + PNC
- 4 DM 9 OUTRAS
- 5 NEFRITE INTERSTICIAL
- XIII. Tipo de Transplante:
- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Doador vivo relacionado | 3 <input type="checkbox"/> Doador cadáver |
| 2 <input type="checkbox"/> Doador vivo não relacionado | |
- XIV. Tempo de transplante: _____

ANEXOS

A- Aprovação do Comitê de ética em pesquisa

B- Questionário de Qualidade de Vida SF-36

C- Inventário de Depressão de Beck (BDI)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N. ° 007/2008 - CEP/CCS

Recife, 06 de outubro de 2008

Registro do SISNEP FR – 126414

CAAE – 0049.0.172.000-07

Registro CEP/CCS/UFPE N° 051/07

Título: “Depressão e Qualidade de Vida em Pacientes no Pré e Pós-Operatório de Transplante Renal de um Hospital Universitário de Recife-PE”

Pesquisador Responsável: Patrícia Madruga Rêgo Barros Duarte

Senhora Pesquisadora:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) analisou e aprovou a modificação do título da pesquisa **“Depressão e Qualidade de Vida em Pacientes no Pré e Pós-Operatório de Transplante Renal de um Hospital Universitário de Recife-PE”**.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

A

Dra. Patrícia Madruga Rêgo Barros Duarte
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – CCS/UFPE

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE	ESCORE _____
--------------------------------	---------------------

Nome _____	RG _____
Endereço _____	TEL _____
Data __ / __ / __	Examinador _____

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

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

(circule uma)

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

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

(circule uma)

- | | |
|--|---|
| Muito melhor agora do que a um ano atrás..... | 1 |
| Um pouco melhor agora do que a um ano atrás..... | 2 |
| Quase a mesma coisa do que a um ano atrás..... | 3 |
| Um pouco pior agora do que a um ano atrás..... | 4 |
| Muito pior agora do que a um ano atrás..... | 5 |

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum.
Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

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

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguinte problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

(circule um número em cada linha)

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

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

(circule um número em cada linha)

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

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

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

7. Quanta **dor no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas** ?

(circule uma)

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

8. durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora ou dentro de casa)?

(circule uma)

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

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

(circule um número para cada linha)

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

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parente, etc...)?

(circule uma)

Todo o tempo..... 1
 A maior parte do tempo..... 2
 Alguma parte do tempo..... 3
 Uma pequena parte do tempo..... 4
 Nenhuma parte do tempo..... 5

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

	Definitiva- mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsas
A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
C) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ORIENTAÇÕES PARA PONTUAÇÃO DO SF-36

Questão	Pontuação													
01	1=>5.0 2=>4.4 3=>3.4 4=>2.0 5 =>1.0													
03	Soma normal													
04	Soma Normal													
05	Soma Normal													
06	1=>5 2=>4 3=>3 4=>2 5=>1													
07	1=>6.0 2=>5.4 3=>4.2 4=>3.1 5=>2.2 6=>1.0													
08	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Se 8=>1 e 7=>1 =====>6</td> <td style="width: 50%;">1=>6.0</td> <td rowspan="6" style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;">Se a questão 07 não for respondida</td> </tr> <tr> <td>Se 8=>1 e 7=>2 a 6 =====>5</td> <td>2=>4.75</td> </tr> <tr> <td>Se 8=>2 e 7=>2 a 6 =====>4</td> <td>3=>3.75</td> </tr> <tr> <td>Se 8=>3 e 7=>2 a 6 =====>3</td> <td>4=>2.,25</td> </tr> <tr> <td>Se 8=>4 e 7=>2 a 6 =====>2</td> <td>5=>1.0</td> </tr> <tr> <td>Se 8=>5 e 7=>2 a 6 =====>1</td> <td></td> </tr> </table>	Se 8=>1 e 7=>1 =====>6	1=>6.0	Se a questão 07 não for respondida	Se 8=>1 e 7=>2 a 6 =====>5	2=>4.75	Se 8=>2 e 7=>2 a 6 =====>4	3=>3.75	Se 8=>3 e 7=>2 a 6 =====>3	4=>2.,25	Se 8=>4 e 7=>2 a 6 =====>2	5=>1.0	Se 8=>5 e 7=>2 a 6 =====>1	
Se 8=>1 e 7=>1 =====>6	1=>6.0	Se a questão 07 não for respondida												
Se 8=>1 e 7=>2 a 6 =====>5	2=>4.75													
Se 8=>2 e 7=>2 a 6 =====>4	3=>3.75													
Se 8=>3 e 7=>2 a 6 =====>3	4=>2.,25													
Se 8=>4 e 7=>2 a 6 =====>2	5=>1.0													
Se 8=>5 e 7=>2 a 6 =====>1														
09	<p>A, D, E, H = valores contrários (1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, 6=1)</p> <p>Vitalidade = A + E + G + I</p> <p>Saúde Mental = B + C + D + F + H</p>													
10	Soma Normal													
11	<p>Soma de:</p> <p>A + C (valores normais)</p> <p>B + D (valores contrários: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)</p>													

Item	Questão	Limites	Score Range (variação)
Capacidade Funcional	3	10, 30	20
Aspecto Físico	4	4, 8	4
Dor	7 + 8	2, 12	10
Estado Geral de Saúde	1 + 11	5, 25	20
Vitalidade	9 A, E, G, I	4, 24	20
Aspectos Sociais	6 + 10	2, 10	8
Aspecto Emocional	5	3, 6	3
Saúde Mental	9 B, C, D, F, H	5, 30	25

Row Scale:

Ex: Item = $\frac{[\text{Valor obtido} - \text{Valor mais baixo}]}{\text{Variação}} \times 100$

Ex: Capacidade Funcional = 21
Valor mais baixo = 10
Variação = 20

$$\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

Dados Perdidos:

Se responder a mais de 50% = substituir pela média

0 = pior escore 100 = melhor escore

CICONELLI, R.M.- Tradução para o Português e Validação do Questionário Genérico de Avaliação da Qualidade de Vida "Medical Outcomes Study 36- Item Short- Form Health Survey (SF-36)". Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, 143 págs, 1997.

Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que vou ser punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 - 2 Estou enojado de mim.
 - 3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 - 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

- 9.** 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10.** 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
- 11.** 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
- 12.** 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 13.** 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
- 14.** 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
- 15.** 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16.** 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 17.** 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18.** 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

- 2 Meu apetite está muito pior agora.
- 3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

- 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
- 2 Perdi mais de 5,0 Kg.
- 3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

- 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
- 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
- 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

- 1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
- 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.