

**LÍVIA PIRES VASCONCELOS**

**QUALIDADE DE VIDA E FATORES PSICOSSOCIAIS  
EM RENAS CRÔNICOS SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE**

**RECIFE**

**2007**

**Lívia Pires Vasconcelos**

**Qualidade de Vida e Fatores Psicossociais  
em Renais Crônicos Submetidos à Hemodiálise**

**Recife**

**2007**

**Lívia Pires Vasconcelos**

**Qualidade de Vida e Fatores Psicossociais  
em Renais Crônicos submetidos à hemodiálise**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do título de Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

Orientador: Prof. Dr. João Alberto Gomes Carvalho

Co-orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kátia Cristina Lima de Petribú

Recife  
2007

**Vasconcelos, Livia Pires**

**Qualidade de vida e fatores psicossociais em renais crônicos submetidos à hemodiálise / Livia Pires Vasconcelos. – Recife : O Autor, 2007.**

**ix, 63 folhas : il., tab., graf.**

**Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2007.**

**Inclui bibliografia e anexos.**

**1. Qualidade de vida. 2. Insuficiência renal crônica terminal. 3. Hemodiálise. 4. Fatores psicossociais. 5. Depressão. . I. Título.**

**362.1042**

**CDD (22.ed.)**

**UFPE  
CCS2007-125**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
 Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação  
 Centro de Ciências da Saúde  
 Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria  
 e ciências do Comportamento

58ª DEFESA

RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DA  
 MESTRANDA LÍVIA PIRES VASCONCELOS

No dia 05 de setembro do ano de 2007, às 9h, no Auditório dois do Programa de Pós Graduação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Kátia Cristina Lima de Petribú (Professora Doutora da Universidade de Pernambuco - Membro Externo), Everton Botelho Sougey (Professor Doutor do Departamento de Neuropsiquiatria do CCS/UFPE - Membro Interno) e Othon Coelho Bastos Filho (Professor Titular do Departamento de Neuropsiquiatria do CCS/UFPE – Membro Interno), componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram a Mestranda LÍVIA PIRES VASCONCELOS, sobre a sua Dissertação intitulada **“QUALIDADE DE VIDA E FATORES PSICOSSOCIAIS EM RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE”**. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Mestranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Profª. Drª. Kátia Cristina Lima de Petribú

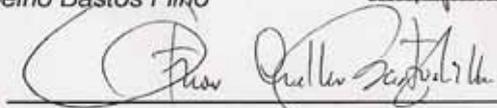
Aprovado

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

APROVADO

Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho

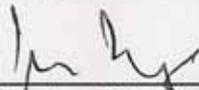
Aprovado



Prof. Othon Coelho Bastos-Filho  
 Presidente da Banca Examinadora



Profª. Kátia Cristina Lima de Petribú



Prof. Everton Botelho Sougey

## Agradecimentos

À Paulo Roberto Cavalcanti de Sá, por me acompanhar e ajudar na maior parte dessa jornada difícil que é ser mestranda enquanto mãe, esposa, profissional e dona de casa.

À minha mãe, modelo de mulher forte e batalhadora, que não desiste perante os obstáculos e não mede esforços quando se trata dos seus filhos.

Ao meu pai, pelo exemplo de honestidade e solidariedade. Temos a segurança de que ele está sempre lá quando necessitamos.

Ao meu orientador, Dr. João Alberto, sempre um grande incentivador. Pela disponibilidade e boa vontade apesar dos seus inúmeros afazeres profissionais e associativos. Aprendi com ele como se faz uma crítica com classe e elegância. Um verdadeiro “gentleman”.

À Dra. Kátia Petribú, pelas críticas valiosas, seu conhecimento científico, entusiasmo, apoio e estímulo quando pensei em desistir. Muito obrigada por tudo. Exemplo de como uma mulher pode ser bem sucedida como mãe e profissional. “Quero ser como ela quando crescer...”

Aos meus colaboradores, Breno Santiago de Macedo e João Eduardo da Fonte, sem os quais eu não teria conseguido concluir esse trabalho. Tenho certeza de que serão excelentes profissionais, pela dedicação e seriedade que demonstraram na aplicação das escalas.

Ao meu irmão, Fábio Pires, psiquiatra com visão integral do paciente, pela contribuição bibliográfica, conhecimento e apoio permanente, desde o meu início na Psiquiatria.

À colega Gisele Vajgel, pela ajuda valiosa na coleta de dados clínicos dos prontuários e pela consultoria nefrológica.

Às minhas queridas tias, Inha e Lia, que, mesmo morando a milhares de quilômetros de distância, estão sempre presentes. Participam de todos os momentos da minha vida, oferecendo seu carinho, apoio e estímulo. Com elas me sinto confirmada.

À Dra. Lucila Valente e ao Dr. Mavíael Moraes, coordenadora do Serviço de Nefrologia do HC/UFPE e diretor médico da Nefroclínica S/A, respectivamente, pela autorização do desenvolvimento do presente projeto nesses serviços.

## Resumo

A hemodiálise (HD) é a Terapia Renal Substitutiva (TRS) mais utilizada pelos portadores de Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT). Após o sucesso da TRS em aumentar a sobrevida, os interesses se voltaram para a qualidade de vida (QV). Apesar da evolução na terapia dialítica, este tratamento altera negativamente a QV desta população. Além disso, observa-se uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos, sendo a depressão o mais freqüente. Este estudo destinou-se a avaliar a QV e a prevalência de depressão e ansiedade nos portadores de IRCT em HD na cidade de Recife, bem como as relações entre essas medidas e as variáveis sociais (idade, sexo, raça, status marital, religião e escolaridade) e clínicas (causa da IRCT e tempo de HD). O presente estudo foi descritivo, observacional, transversal, de abordagem quantitativa. Foram entrevistados 105 portadores de IRCT em HD usando um questionário com dados sócio-demográficos e clínicos, a Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD e o Kidney Disease and Quality of Life Short-Form - KDQOL-SF™ 1.3, ambos traduzidos e validados no Brasil. RESULTADOS: a média de QV geral foi 66,19 (0 a 100), sendo um pouco mais elevada entre os pacientes mais jovens, do sexo masculino, da raça negra, nos casados e nos que tinham maior escolaridade, sem diferença significativa para nenhuma dessas variáveis. Não houve diferença significativa entre as causas da insuficiência renal, nem entre as categorias da religião. A QV foi significativamente pior nos pacientes com depressão e ansiedade. A depressão foi registrada em 25,7% pacientes, não apresentando associação significativa com nenhuma das variáveis sociais. A prevalência de pacientes com depressão foi bem mais elevada entre os pacientes que apresentavam ansiedade (71,0% x 6,8%), havendo associação significativa entre a ocorrência de ansiedade e depressão. CONCLUSÕES: a QV desses pacientes está comprometida, a prevalência de ansiedade e depressão é alta nesta população, havendo uma associação estatisticamente significativa entre as duas patologias. Dentre os fatores psicossociais, houve associação significativa da QV apenas com as variáveis depressão e ansiedade. A depressão não se correlacionou de forma significativa com nenhuma das variáveis sociais e clínicas. A única variável que apresentou associação significativa com a ocorrência de ansiedade foi o sexo feminino. Justifica-se a necessidade da avaliação psiquiátrica dos pacientes portadores de IRCT em HD de forma rotineira, visando diagnóstico precoce e tratamento adequado das comorbidades psiquiátricas, principalmente a depressão.

Palavras-chave: qualidade de vida. insuficiência renal crônica terminal. hemodiálise. fatores psicossociais. depressão. ansiedade.

## Abstract

**BACKGROUND:** After the survival improvement on the end-stage renal disease (ESRD) with the advances in the renal replacement therapy (RRT), interests came to the quality of life (QOL). Hemodialysis (HD) is the most used RRT. Despite some improvements in dialysis therapy, ESRD and HD profoundly affect patients' QOL. There is also a high prevalence of psychiatric disorder. Depression is the most frequent of them. We aimed to characterize the population of patients receiving HD in Recife, in terms of sociodemographic and clinical aspects; to evaluate these patients' QOL; to determine the prevalence of depression and anxiety; and to identify the relation between QOL, depression, anxiety and sociodemographic and clinical factors. This study was descriptive, observational, transversal, with quantitative approach. It was conducted at two HD services located in Recife, Northeast Brazil, from April to October 2006. We interviewed 105 outpatients undergoing HD using a sociodemographic and clinical questionnaire. In order to evaluate QOL, the Kidney Disease and Quality of Life Short-Form (KDQOL-SF™ 1.3) was used. Depression and anxiety was assessed by using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Both instruments were translated and validated in Brazil. **RESULTS:** Mean patient age was 47.5 years (21-70), 67.6% were men, 43.8% white, with a mean HD time of 63.94 months. The mean QOL score was 66.19 (0-100). It was higher among young patients, male, black, married and with better status educational. Lower scores of QOL were associated with depression and anxiety ( $p < 0.05$ ). A total of 27 patients (25.7%) had depression and 31 (29.5%) anxiety. There was a significant association between depression and anxiety. Anxiety was most prevalent on female patients ( $p < 0.05$ ). **CONCLUSIONS:** ESRD and HD affect patients' QOL. Depression and anxiety are common and associated with decreased QOL in HD patients. It was concluded that the frequency of these disorders must alert for implantation of psychiatric screening, aiming precece diagnosis and adequate treatment to improve outcome and QOL of patients at HD for ESRD. More research is needed to assess whether interventions would lead to improve QOL among HD patients.

**Key words:** end-stage renal disease. renal replacement therapy. Hemodialysis. quality of life. Depression. Anxiety. psychosocial factors.

## Lista de tabelas

Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos pacientes .....	38
Tabela 2 – Média de QV segundo as diversas variáveis .....	40
Tabela 3 – Estatística da QV segundo a escolaridade e tempo de HD .....	41
Tabela 4 – Avaliação da depressão segundo as variáveis sociais .....	43
Tabela 5 – Avaliação da depressão segundo as variáveis: causa de IR, tempo de HD e ocorrência de ansiedade .....	45
Tabela 6 – Avaliação da ansiedade segundo as variáveis sociais .....	48
Tabela 7 – Avaliação da ansiedade segundo as variáveis: causa da IR e tempo de HD .....	50

## Sumário

1 Introdução.....	11
2 Revisão da literatura .....	14
2.1 Qualidade de vida .....	15
2.2 Fatores psicossociais .....	19
3 Objetivos.....	27
3.1 Geral .....	27
3.2 Específicos.....	28
4. Metodologia.....	28
4.1 Tipo de estudo .....	28
4.2 População estudada.....	28
4.3 Local do estudo.....	28
4.4 Período de referência .....	29
4.5 Amostra .....	29
4.6 Critérios de inclusão .....	30
4.7 Critérios de exclusão .....	30
4.8 Definição e categorização das variáveis .....	31
4.9 Métodos .....	33
4.10 Análise estatística dos dados .....	36

4.11 Aspectos éticos .....	36
5 Resultados.....	37
5.1 Caracterização da amostra .....	37
5.2 Avaliação da qualidade de vida segundo as variáveis psicossociais .....	39
5.3 Avaliação da depressão segundo as variáveis sociais e clínicas .....	42
5.4 Avaliação da ansiedade segundo as variáveis sociais e clínicas .....	46
6 Discussão.....	50
7 Conclusões.....	57
8 Referências bibliográficas .....	58
9 ANEXOS .....	63
9.1 ANEXO 1 - Questionário sóciodemográfico e clínico .....	63
9.2 ANEXO 2 – Escala de ansiedade e depressão (HAD) .....	65
9.3 ANEXO 3 – Escala de qualidade de vida (KDQOL-SF) .....	67
9.4 ANEXO 4 – Termo de consentimento pós-informado .....	77
9.5 ANEXO 5 – Folha de aprovação pelo Comitê de Ética .....	78

# 1 Introdução

A diminuição da função dos rins pode ocorrer de forma aguda ou lenta e gradualmente, como na Insuficiência Renal Crônica (IRC). A IRC pode ser causada por um grande número de doenças. A etiologia pode ser sistêmica, causada por diabetes, hipertensão e doenças de colágeno, ou localizada, como no caso da doença dos rins policísticos. (2) O conjunto de sinais e sintomas da IRC é conhecido como síndrome urêmica. (3)

A Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT) caracteriza-se por um declínio irreversível da função dos rins. Uma vez constatada a irreversibilidade da insuficiência renal e não sendo mais possível manter o paciente em tratamento conservador, as duas possibilidades de substituição da função renal são: a diálise (diálise peritoneal ou hemodiálise) e o transplante renal. (3) A possibilidade do tratamento paliativo – diálise – representa a característica que mais diferencia a insuficiência renal da de outros órgãos. (2)

A hemodiálise (HD) é a Terapia Renal Substitutiva mais utilizada pelos portadores de IRCT. Esta envolve a circulação extra-corpórea do sangue através de uma máquina de diálise. Geralmente é realizada três vezes por semana por período de aproximadamente quatro horas. Entre as sessões de diálise o paciente precisa aderir a uma dieta restrita em sais e proteínas e deve também, na maioria dos casos, restringir a ingestão de líquidos. É comum a permanência dos pacientes no tratamento dialítico por longo período de tempo. (3) Algumas vezes tais pacientes ficam aguardando por um transplante renal durante vários anos, tanto em nosso meio quanto em países mais desenvolvidos. O esquema das sessões de diálise representa um impacto significativo na vida do paciente e de sua família. Apesar da evolução na terapia dialítica, este tipo de tratamento tem alterado negativamente a qualidade de vida (QV) desta população. (4)

A saúde psicológica de pacientes com IRCT tem sido tema de estudo há muitos anos, desde o início da terapia dialítica. Após o sucesso da Terapia Renal Substitutiva em aumentar a sobrevida dos pacientes, os interesses se dirigiram para a QV, bem como nas relações entre esta e os fatores psicossociais envolvidos.

Diversos aspectos justificam o atual interesse em estudar a QV, em especial no caso de doenças crônicas:

- a) conhecimento do impacto da doença sobre as atividades diárias;
- b) identificação de problemas específicos;
- c) avaliação do impacto dos tratamentos e outros determinantes, como a não-adesão do paciente;
- d) obtenção de informações que permitam a comparação entre diferentes tratamentos, entre outros. (5)

Além da alteração na QV, observa-se uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes com IRCT tratados com HD, sendo a depressão o mais freqüente deles. (6,7)

Os fatores clínicos de risco associados com evolução e mortalidade em pacientes renais crônicos são bem conhecidos. Entretanto, os fatores psicossociais que podem afetar a evolução não têm sido claramente definidos. Dentre esses destacamos a depressão e a ansiedade, que também serão analisados no presente trabalho.

Os fatores psicossociais podem interferir na mortalidade através de vários mecanismos tais como na interação com a nutrição do paciente ou com a aceitação da prescrição da diálise. (3)

Para avaliação da QV foi usado o *Kidney Disease and Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF™1.3) que é um instrumento específico para avaliar o funcionamento e o bem-estar de pacientes com doença renal crônica terminal em tratamento dialítico. (8) Para verificação da presença de depressão e ansiedade foi utilizada a Escala Hospitalar de

Ansiedade e Depressão (HAD – *Hospital Anxiety and Depression Scale*). (9) Por se tratar de uma escala que prioriza o aspecto subjetivo da depressão, sem considerar os sintomas somáticos que geram dúvidas ao se tentar fazer esse diagnóstico em pacientes com patologias clínicas.

Este estudo envolvendo pacientes portadores de IRCT submetidos a HD destinou-se a avaliar a QV e a prevalência de depressão e de ansiedade nos portadores de IRCT em HD na cidade de Recife, bem como as relações entre essas medidas e as variáveis sociais (idade, sexo, raça, *status marital*, religião e escolaridade) e clínicas (causa da IRCT e tempo de HD).

## 2 Revisão de literatura

Viver em diálise é um desafio constante, com grande quantidade de demandas. As pessoas que desenvolvem IRCT experimentam múltiplos eventos de perda, tais como perda da saúde, de suas amizades, algumas vezes do emprego e até de relacionamentos íntimos, além do uso de grande número de medicações diárias, dor e fadiga intermitentes, incerteza quanto ao futuro, longa espera numa fila de transplante, uma dieta rígida, dependência de outras pessoas para os cuidados básicos e exposição a pares cujas condições deterioram ou que morrem. (7) Os pacientes faltam muitas horas de trabalho várias vezes por semana e sofrem limitações importantes na sua vida, tais como a impossibilidade de realizar uma viagem longa para onde não exista serviço de HD, entre outras. Todos esses fatores aumentam o risco de depressão nesses pacientes, além de comprometer profundamente sua QV. (4)

Os fatores clínicos de risco associados com maior mortalidade em pacientes renais crônicos em tratamento conservador, em diálise e transplantados são bem conhecidos. Entretanto, os fatores psicossociais que podem afetar a evolução não têm sido claramente definidos. Os componentes psíquicos avaliados no presente estudo foram depressão e ansiedade, e as características sociais analisadas foram sexo, idade, raça, *status marital*, religião e escolaridade. Os fatores psicossociais podem interferir na mortalidade através de vários mecanismos, tais como na interação com a nutrição do paciente ou com a aceitação da prescrição da diálise. (3)

Os fatores psicossociais são também importantes determinantes da QV. Em vários estudos a comorbidade psiquiátrica tem sido associada com pior QV, havendo muitos trabalhos na literatura que demonstram que os parâmetros relacionados com QV foram significativamente piores nos pacientes com depressão. (10-15)

Embora o uso do tratamento dialítico tenha atingido grande inovação tecnológica e tenha se transformado em um procedimento quase livre de sintomas para a maioria dos pacientes, há um bom número de pacientes que, embora livres de transtornos psiquiátricos ou psicológicos específicas, sofrem de alteração no estado do humor, variando da depressão à ansiedade. (16) Nos períodos iniciais do uso da diálise, todos os esforços eram dedicados para a manutenção da vida; desde então, progressos muito significativos foram feitos nesse sentido, e, atualmente, essa manutenção já é conseguida de forma mais consistente. Abre-se, assim, espaço para outro tipo de preocupação, qual seja a dos aspectos emocionais desses pacientes e a preocupação com sua QV. (17)

## **2.1 Qualidade de Vida**

A preocupação com o conceito de “qualidade de vida” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. (18)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a QV é a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Essa definição inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual. (19)

A medida de QV relacionada à saúde é um fenômeno emergente na literatura médica. O interesse em mensurar QV, especialmente na doença crônica terminal, tem aumentado muito nos últimos anos. Uma análise das publicações sobre qualidade de vida evidencia o crescimento do interesse na área. Enquanto em 1973 uma busca utilizando o termo qualidade

de vida no Medline citava somente cinco artigos, em 1998 este número passou a 16.256 citações e, em 2001, chegou a 43.350 artigos com esse termo. Com o aumento de estudos nessa área, cresceu também o número de instrumentos disponíveis para avaliação da QV dos pacientes. Em 1991, mais de 160 diferentes instrumentos de avaliação foram publicados na literatura. Atualmente, entre instrumentos genéricos e específicos, o número ultrapassa a 300 questionários. (20)

Neste contexto, as avaliações de QV passaram a incluir dados sobre condição e funcionamento físico, psicológico e social, além do impacto dos sintomas da doença e do tratamento. No entanto, a QV de pacientes portadores de doenças crônicas foi, por muito tempo, avaliada exclusivamente em termos de “sobrevida e sinais de presença da doença, sem considerar as suas conseqüências psicossociais e as do tratamento”. (21)

Alguns autores acreditam que a introdução da QV na área da saúde possivelmente tenha sido decorrente de três fatores. O primeiro foi o grande avanço tecnológico que propiciou maiores possibilidades para a recuperação da saúde e prolongamento da vida; o segundo consiste na mudança do panorama epidemiológico das doenças, sendo que o perfil dominante passou a ser o das doenças crônicas; o terceiro fator trata da tendência de mudança sobre a visão do ser humano, antes visto como organismo biológico que deveria ser reparado e, hoje, como um agente social. (19)

A relação entre a QV e os fatores psicossociais nos pacientes com IRCT em HD crônica ainda é controversa na literatura, com os trabalhos demonstrando resultados às vezes bastante diferentes entre si, como será demonstrado a seguir.

Um trabalho do Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) um estudo observacional, prospectivo, internacional de pacientes em HD em sete países (EUA, cinco países da Europa e Japão), comparou a QV encontrada nos pacientes portadores de IRCT

entre os diversos países, sendo demonstrado que a QV é profundamente alterada pela IRCT e HD nos três continentes. (4)

Este mesmo grupo usou o KDQOL-SF para avaliar a QV de pacientes com IRCT, analisando cada componente separadamente: físico, mental e relacionado com a doença renal. Os pacientes que apresentaram escores mais baixos nos três componentes tiveram maior risco de hospitalização e morte. Esta medida, especialmente o componente físico, pôde identificar melhor os pacientes em risco do que o nível sérico de albumina. Este trabalho conclui que entre pacientes com IRCT a QV tem um importante valor preditivo para eventos adversos. (22) Outro trabalho mostrou resultado semelhante, no qual escores menores nas três principais dimensões do KDQOL-SF (física, mental e relacionada à doença renal) foram fortemente associados com maiores risco de hospitalização e morte em pacientes em HD. (23) Uma redução de 10 pontos no escore do componente físico desta escala foi associada a uma maior elevação no risco de morte ajustado, tanto quanto a redução de 1g/dL nos níveis séricos de albumina. (24)

No município de São Paulo, Yoshihiro (25) avaliou a QV de 117 pacientes em HD com relação ao tempo de diagnóstico da IRC, comparando aqueles com diagnóstico tardio (menor ou igual a um mês antes de iniciar a diálise), àqueles com diagnóstico precoce (maior ou igual a seis meses antes de iniciar a diálise). Os resultados mostraram que o diagnóstico tardio de IRC e, conseqüentemente, a falta de cuidados pré-dialíticos afetam adversamente a QV desses pacientes. Isto foi evidenciado de forma mais intensa no grupo de pacientes mais idosos.

Com relação à diferença entre os gêneros, a maioria dos estudos demonstra que as mulheres apresentam uma pior QV do que os homens. Um estudo analisou 152 pacientes em HD usando o KDQOL-SF com o objetivo de estudar essa diferença. Os escores do KDQOL-SF mostraram diferenças estatisticamente significantes entre os dois sexos no funcionamento

físico, social e bem estar emocional. Porém, a conclusão desse estudo foi que a pior QV evidenciada pelas mulheres refletiu as diferenças que também são encontradas na população em geral, e estão relacionadas com a maior prevalência de ansiedade e depressão nas mulheres. (26)

Um estudo realizado no Ceará avaliou 107 pacientes sob HD para determinar a relação de gênero e idade com a QV dos pacientes. Não houve diferenças entre os escores de QV relacionada ao gênero dos pacientes, porém encontrou uma associação linear e negativa entre a idade e as dimensões relacionadas aos aspectos físicos da escala de QV. (27)

Resultado diferente foi encontrado em outro estudo, no qual os pacientes mais velhos demonstraram uma grande capacidade de adaptação à terapia dialítica, com menor perda de QV do que os mais jovens, inclusive no aspecto físico. (28)

Relativamente pouco é conhecido sobre diferenças raciais na QV relacionada à saúde entre pacientes recebendo tratamento dialítico para IRCT. Alguns estudos demonstraram que pacientes negros em HD apresentaram melhor QV relacionada à saúde em relação aos brancos. (29,30) Um desses trabalhos analisou 1.392 pacientes com relação à saúde geral e emocional, atividade física, nível de energia, atividade social e efeito da IRCT na vida diária. Após ajuste para características clínicas e socioeconômicas, os pacientes negros apresentaram melhor QV do que os brancos, mesmo após controlados os potenciais fatores de confusão. (29)

Outro estudo encontrou dados indicando diferenças importantes entre pacientes de diferentes grupos étnicos nos EUA. Comparados com brancos, os negros mostraram mais altos escores de QV nos três componentes (físico, mental e relacionado à doença renal). (23)

Em outro estudo, o DOPPS analisou 8.520 pacientes em HD crônica para tentar identificar fatores associados com a QV relacionada à saúde usando o KDQOL-SF. O desemprego e a presença de transtorno psiquiátrico foram os fatores que estavam, de forma

independente e significativa, associados com os mais baixos escores de QV. O baixo nível educacional também tendeu a apresentar piores escores. (31)

Entre a população de pacientes em HD há uma predominância de pacientes mais velhos, diabéticos e com alta comorbidade. Isto pode influenciar na avaliação dos efeitos da doença renal e do seu tratamento na QV relacionada à saúde. Vazquez et al (32) realizaram um estudo multicêntrico para avaliar a QV em 117 pacientes não-diabéticos, com menos de 65 anos e com baixa comorbidade. A conclusão foi que os mais importantes preditores de QV foram o estado de ansiedade e os sintomas depressivos, mesmo nesta população com baixa comorbidade.

Em Porto Alegre, Zimmermann (33) avaliou a QV de pacientes submetidos a tratamentos substitutivos da função renal original, comparando pacientes em HD, em diálise peritoneal ambulatorial contínua e pacientes transplantados. Foram analisados 125 pacientes e os resultados permitiram afirmar que existem mais pacientes deprimidos e com pior adaptação à doença entre aqueles que recebem HD quando comparados com o grupo que recebeu transplante, resultando numa pior QV para os primeiros.

## **2.2 Fatores Psicossociais**

Estudando as variáveis psicossociais em pacientes renais crônicos submetidos ao tratamento com HD, Kimmel et al (34,35) nos mostraram que a falta de suporte social, comportamento de baixa aceitação da prescrição dialítica e maior percepção negativa dos efeitos da doença estão, de maneira independente, associados com maior mortalidade em pacientes com IRCT tratados por diálise. Os efeitos são da mesma magnitude dos fatores médicos de risco. As variáveis psicossociais, tais como a gravidade da depressão, o suporte

social, e as percepções pelos pacientes de seu bem-estar, podem também estar relacionadas à evolução dos pacientes com doença aguda ou crônica e, de forma particular, dos pacientes com IRCT em diálise. Pesquisas recentes sugerem que a percepção subjetiva do paciente pode ser mais importante que critérios clínicos objetivos em determinar a QV para pacientes com doença renal terminal. (36)

Uma definição para suporte social poderia ser a de que o indivíduo percebe ser parte de uma rede de afeto, mútua ajuda e obrigações. O suporte social recebido está relacionado ao comparecimento às sessões de HD, ou seja, à adesão ao tratamento e isso contribui positivamente para a evolução. As diferenças de suporte social podem estar implicadas nas diferenças de taxas de mortalidade entre países, grupos ou unidades de tratamento. O suporte social está vinculado ao aumento de sobrevida nesses pacientes. (37)

Dentre os fatores psicossociais, a depressão é o mais estudado. A depressão tem sido identificada como um diagnóstico comórbido que complica uma variedade de doenças, mostrando associação com recuperação prejudicada e aumento da mortalidade em muitas dessas. (38) O risco de depressão é frequentemente maior em indivíduos com doenças crônicas graves. Como em outras doenças físicas crônicas, a depressão está mais intimamente associada com as percepções de sua doença do que com a própria gravidade objetiva da doença.

Desde o início da terapia dialítica, a saúde psicológica dos pacientes tem sido tema de estudo. Observa-se uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes com IRCT tratados com HD. O principal problema de saúde mental identificado nesses pacientes é a depressão e, recentemente, esta patologia tem sido foco de maior atenção. (7) Foi demonstrado que uma alta porcentagem dos pacientes apresentam transtorno misto de ansiedade e depressão, sendo observada correlação entre a QV e o grau de ansiedade e depressão nestes pacientes. (39)

A despeito de significar uma séria e prevalente comorbidade, a depressão nos pacientes com IRCT em HD crônica é freqüentemente subdiagnosticada e, conseqüentemente, subtratada. (40) Uma possível explicação para este fato é que as similaridades entre os sintomas físicos depressivos e os secundários à uremia tornam difícil o diagnóstico diferencial. O diagnóstico de depressão em pessoas com diálise crônica é complicado pelo fato de que os sintomas biológicos da depressão são comuns, mesmo na ausência de um transtorno depressivo. Neste grupo de pacientes, sintomas tais como fadiga, perda de energia, anorexia, náuseas, apatia, insônia e diminuição de interesse sexual, em geral são ineficazes para diagnosticar depressão, uma vez que a maior parte desses sintomas são associados com a uremia. (41)

Além da uremia existem outras condições que devem ser pensadas no diagnóstico diferencial, como anemia, distúrbios eletrolíticos, síndrome do desequilíbrio e a demência da diálise, os quais podem se apresentar com um quadro clínico semelhante ao da depressão. (3)

Na IRC existem também muitas causas orgânicas que podem ser associadas aos sintomas depressivos, as quais devem ser distinguidos do transtorno depressivo propriamente dito (depressão-doença). Entre as causas orgânicas mais comuns dos sintomas depressivos na IRC citamos: alterações eletrolíticas, diálise inadequada, doenças sistêmicas (como Lupus Eritematoso Sistêmico), infecções, anemia e diversos medicamentos (anti-hipertensivos, sedativos, metoclopramida, esteróides etc).

Devido às várias definições de depressão, aos diversos instrumentos de medida, à superposição de sintomas depressivos com os sintomas de uremia e à quantidade de medicações usadas por estes pacientes, o estudo da depressão na IRCT tem sido complicado. Pesquisadores no campo da doença renal freqüentemente não distinguem entre depressão maior e estados afetivos depressivos. O “gold standard” para o diagnóstico psiquiátrico é a entrevista baseada nos critérios do DSM-IV. (41)

Desta maneira, a estimativa acurada da prevalência de depressão nesta população tem sido difícil. A verdadeira prevalência do transtorno depressivo em pacientes em HD é desconhecida. As taxas de prevalência da depressão variam bastante de acordo com o serviço pesquisado. Isso pode se dever a uma série de fatores, como populações muito diversas, equipes médicas com formação e experiência diferentes, critérios para diagnóstico da depressão não homogêneos, instrumentos de medida diferentes, entre outros fatores. (17)

Um estudo realizado em diversos centros dos Estados Unidos e da Europa com 5.256 pacientes encontrou uma prevalência de depressão de 20%. (42) Em trabalhos produzidos no Brasil, numa revisão, Almeida e Meleiro (43) citam uma prevalência de 5 a 25%, quando utilizados critérios mais estritos de diagnóstico. Em estudo realizado em Porto Alegre com pacientes em HD, Duarte et al encontraram uma prevalência de depressão de 24,39%. (44) Tossani et al. (45) relataram taxas de prevalência de 20 a 30%. Esta tem sido a estimativa da maioria dos investigadores, que relata que a depressão ocorre em aproximadamente 20 a 30% dos pacientes em diálise. (6,10)

Para avaliar o impacto da depressão na mortalidade e QV de pacientes renais foi realizado um estudo de coorte com pacientes em terapia renal substitutiva, no qual a depressão não se associou com maior mortalidade quando os pacientes foram controlados por gênero, idade e modalidade de tratamento. O transplante foi o principal fator associado com baixa mortalidade. A depressão foi, contudo, um forte preditor de pior QV. O número de sintomas depressivos estava diretamente associado com menores escores na maioria dos itens da SF-36. (13)

Estudando a depressão em pacientes sob HD, foi realizado um estudo com a proposta de comparar a sua prevalência através de diferentes formas de aferição: pelo Beck Depression Inventory (BDI), pela enfermagem e pela equipe nefrológica. A enfermagem responsável pelo serviço de HD foi mais sensível na detecção, do que os médicos da equipe, sendo identificada

como tendo uma posição estratégica na identificação de pacientes com depressão. O estudo sugere que a enfermagem deve ser considerada parte integrante da equipe nefrológica. (40)

Os fatores de risco para depressão em portadores de IRCT têm sido avaliados. Karaminia et al (46) encontrou que a gravidade da depressão foi maior entre os pacientes com menor nível educacional. Outros estudos verificaram que a depressão foi mais freqüente nos mais jovens. (10) Por sua vez, pacientes com IRCT hospitalizados apresentam alta prevalência de transtornos psiquiátricos, sendo a depressão o mais freqüente. (47)

Tem sido sugerido que a depressão afeta a evolução clínica em pacientes com IRCT através de, pelo menos, três mecanismos: modificação da resposta imunológica, impacto no *status* nutricional e redução da aderência à prescrição dialítica e medicamentosa. (7)

Recentemente, tem sido muito estudada a interação entre os mecanismos psicológicos, neurológicos e imunológicos em diversas doenças. A ocorrência de estresse tem sido associada com a desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e há evidências de que a depressão também está relacionada com alteração no metabolismo glicocorticóide. Um estresse excessivo e/ou prolongado em pessoas geneticamente suscetíveis termina por conduzir a um aumento mais acentuado da liberação de esteróides pelas glândulas supra-renais. Este fato conduz a alterações nos neurotransmissores (serotonina, adrenalina, noradrenalina e glutamato) resultando em alterações no humor, na cognição e na ansiedade. A própria diálise pode funcionar como um estressor imunológico recorrente nestes pacientes. A resposta imune e a função das células T também estão prejudicadas na uremia e são associadas com aumento do risco de infecção e de mortalidade. Essa associação da depressão com os parâmetros imunológicos pode estar relacionada com o aumento da mortalidade nos pacientes com IRCT. (7)

Nessa linha de raciocínio, Dogan et al (2005) realizaram um estudo com o objetivo de investigar a relação entre depressão, alguns parâmetros laboratoriais e QV em pacientes submetidos à HD. Seus achados demonstraram que há uma correlação entre altos escores na escala de Hamilton para depressão, baixos níveis de hemoglobina e albumina, altos níveis de proteína C reativa, baixos escores de QV e alto nível de ansiedade (pela escala de ansiedade de Hamilton), sugerindo que a avaliação do *status* psiquiátrico deve fazer parte da avaliação destes pacientes. (6)

Vários estudos têm mostrado uma associação direta entre variáveis psicossociais, incluindo depressão, e o estado nutricional de pacientes em HD, em particular a concentração sérica de albumina. A depressão é comumente associada com baixa ingestão oral, a qual pode agravar a anemia e a desnutrição nesses pacientes. (48)

Um desses estudos pesquisou a associação entre depressão, proteína C reativa, ferritina, albumina sérica, hemoglobina / hematócrito, e encontrou que pacientes com depressão apresentavam níveis mais baixos de hemoglobina / hematócrito, sendo que o escore de depressão pelo BDI mostrou uma correlação positiva com os níveis séricos de proteína C reativa e ferritina, e negativa com o nível sérico de albumina. A conclusão desse estudo foi que pacientes com IRCT com anemia, hipoalbuminemia e elevação da concentração sérica de proteína C reativa e ferritina devem ser avaliados para depressão, após potenciais causas somáticas terem sido eliminadas. (49) Tem sido sugerido que a desnutrição é um forte preditor de depressão nesses pacientes. (50)

Outro estudo semelhante encontrou que em pacientes submetidos à terapia dialítica crônica, a depressão também se relacionou fortemente com o estado nutricional e pode ser um fator de risco independente para desnutrição. (51)

A desnutrição ocorre comumente em pacientes sob HD crônica e pode se correlacionar com um aumento na morbimortalidade. Considerando a potencial ligação entre condições

psíquicas, tais como depressão, e o estado nutricional global nesses pacientes, intervenções destinadas a diagnosticar e tratar o transtorno psiquiátrico pode levar a uma melhora no estado nutricional e aumentar a sobrevida em pacientes com IRCT em HD. (48) Um estudo avaliou o efeito do tratamento antidepressivo no estado nutricional de pacientes deprimidos em HD sugerindo que a medicação antidepressiva associada com psicoterapia pode tratar a depressão com sucesso e melhorar o estado nutricional dos pacientes em HD crônica com depressão. (52)

A comorbidade psiquiátrica também tem sido avaliada com relação à aderência ao tratamento exigida do renal crônico (dieta e restrição hídrica). Alguns trabalhos mostraram que em pacientes com depressão, o ganho de peso entre as sessões de diálise foi significativamente maior, indicando menor aderência ao tratamento dialítico. (12,14)

Altos escores de depressão pelo BDI em pacientes com IRCT tratados com HD estão associados também com aumento da mortalidade. (10) Os efeitos da depressão na sobrevida são da mesma ordem de magnitude de outros fatores médicos de risco e a depressão tem sido considerada um preditor de evolução e mortalidade nestes pacientes. (53)

A vida estressante desses pacientes é caracterizada por muitas perdas e pela dependência, as quais podem levar até ao suicídio. (54) A ideação ou o comportamento suicida constituem um problema particular de diagnóstico. A não-aderência às medicações ou à dieta podem rapidamente colocar o paciente em risco de vida. A combinação do abuso dietético e a falta às sessões de diálise podem refletir um comportamento suicida. A incidência de suicídio entre pacientes em diálise tem sido considerada ser 100 vezes superior à da média nacional nos EUA, elevando para 400 vezes quando as mortes devidas ao abandono do tratamento são incluídas. (55)

Quaisquer que sejam as causas da insuficiência renal e o método de diálise a que porventura o paciente esteja se submetendo, pode haver alterações na absorção, distribuição e eliminação de drogas. Portanto, é preciso cautela na administração de praticamente todos os psicofármacos, incluindo aqueles que sofrem metabolização hepática, mais cujos metabólicos ativos são excretados por via renal. O ajuste da dose quase sempre é necessário e está relacionado ao grau de insuficiência renal, que pode ser medido pela taxa de filtração glomerular. (2) A psicofarmacoterapia com antidepressivos (tricíclicos e inibidores da recaptação da serotonina) tem sido usada com sucesso em vários estudos. (54) Houve melhora inclusive do estado nutricional (52) e da QV (11) dos pacientes tratados.

A abordagem psicoterápica é desafiadora entre os pacientes renais crônicos: devido à autonomia comprometida, ao estresse contínuo a que estão submetidos e, às vezes, a déficits cognitivos. Sessões breves que coincidam com os dias em que se submetem à HD podem ser bastante eficazes. (2)

## 3 Objetivos

### 3.1 Geral

- Avaliar a QV e os fatores psicossociais dos pacientes portadores de IRCT em regime de HD ambulatorial na cidade de Recife.

### 3.2 Específicos

- Verificar se existe associação entre a QV e as variáveis psicossociais (depressão, ansiedade, idade, sexo, raça, *status marital*, religião e escolaridade) e clínicas (causa da IRCT e tempo de HD) em renais crônicos em HD na cidade de Recife.
- Determinar a prevalência de pacientes com ansiedade e com depressão em pacientes renais crônicos submetidos à HD na cidade de Recife.
- Observar se existe ou não associação significativa entre ocorrência de ansiedade e depressão e cada uma das variáveis sociais (idade, sexo, etnia, *status marital*, religião e escolaridade) e clínicas (causa da IRCT e tempo de HD).

## **4. Metodologia**

### **4.1 Tipo de estudo**

O presente estudo foi descritivo, observacional, transversal, de abordagem quantitativa.

Os caracteres transversal e observacional referiram-se à inexistência de seguimento dos sujeitos da pesquisa e ao fato de terem sido pontualmente submetidos à avaliação psiquiátrica.

### **4.2 População estudada**

Foram avaliados 105 pacientes adultos portadores de IRCT em tratamento ambulatorial com HD em duas clínicas de HD da cidade de Recife.

### **4.3 Local do estudo**

As entrevistas foram realizadas em dois serviços de HD da cidade de Recife. Os serviços foram:

- Serviço de HD do Hospital das Clínicas da UFPE – este serviço atende em média 50 pacientes da rede pública de saúde (SUS).

- Serviço de HD da Nefroclínica – clínica satélite de HD, atende aproximadamente 240 pacientes conveniados e SUS.

A maioria dos pacientes era proveniente da Nefroclínica (92,4%, n=97) e, o restante, do Hospital das Clínicas.

Na Nefroclínica é utilizada a máquina da Fresenius 4008 B, e o dialisador (capilar) é o HF 80S, também da Fresenius. No HC a máquina é Tina da Baxter e os capilares são o F8 da Fresenius.

#### **4.4 Período de referência**

A coleta de dados foi realizada no período de abril a outubro de 2006. Participaram da coleta a pesquisadora, dois estudantes do curso de graduação em Medicina e uma médica nefrologista, como colaboradores.

#### **4.5 Amostra**

Foram entrevistados todos os pacientes que preenchiam os critérios de inclusão no dia em que a equipe de entrevistadores comparecia ao local. As visitas foram realizadas em todos os dias da semana e nos três turnos de diálise (manhã, tarde e noite) aleatoriamente, de acordo com a conveniência dos pesquisadores.

## **4.6 Critérios de inclusão**

Foram incluídos os pacientes:

1. em regime de HD ambulatorial;
2. com idade entre 18 e 70 anos;
3. portador de IRCT;
4. em HD crônica há pelo menos seis meses.

## **4.7 Critérios de exclusão**

Foram excluídos os pacientes:

1. com sintomas psicóticos;
2. com déficit auditivo ou verbal que impossibilitasse a entrevista;
3. portador de retardo mental ou doença que causasse prejuízo cognitivo que pudesse comprometer a compreensão da entrevista.

## 4.8 Definição e categorização das variáveis

### Variáveis sociodemográficas

Idade – anos completos, até o momento da entrevista:

- 21 a 49
- 50 a 70.

Sexo

- masculino
- feminino

*Status* marital

- solteiro(a) / viúvo(a) / divorciado(a)
- casado(a) ou vivendo em união consensual

Formação escolar

- analfabeto
- ensino fundamental incompleto
- ensino fundamental completo/ensino médio incompleto
- ensino médio completo/ensino superior incompleto
- superior completo/pós-graduação

### Raça

- branca
- parda
- negra

### Religião

- católica
- evangélica
- espírita
- outras

### Naturalidade

- região metropolitana de Recife
- interior do estado de Pernambuco
- outros estados

### Procedência

- região metropolitana de Recife
- interior do estado de Pernambuco
- outros estados

## **Variáveis clínicas**

Causa da IRCT

- hipertensão arterial sistêmica (HAS)
- diabetes mellitus
- glomerulonefrite crônica
- rins policísticos
- uropatia obstrutiva
- outros
- indeterminada

Tempo de HD – em meses

- 6 a 24
- 25 a 48
- 49 ou mais

## **4.9 Métodos**

### **4.9.1 Entrevista / coleta de dados:**

Os protocolos de pesquisa foram aplicados por dois estudantes de medicina da UFPE, inseridos no Programa de Iniciação Científica - PIBIC, após o devido treinamento, sob a supervisão da pesquisadora responsável pelo presente estudo.

Previamente ao início do estudo toda a equipe entrevistou conjuntamente dez pacientes para discutir a aplicação dos instrumentos. Foi decidido que cada componente da equipe ficaria responsável por uma etapa do protocolo. A pesquisadora faria um contato inicial para explicação do protocolo e assinatura do consentimento informado. Em seguida os estudantes coletariam os dados sócio-demográficos e cada um deles ficou responsável por um dos instrumentos utilizados. Os dados clínicos foram coletados do prontuário pela médica nefrologista colaboradora do estudo.

Os pacientes eram entrevistados no dia em que iam fazer a HD, durante o procedimento, para minimizar o impacto da flutuação dos sintomas urêmicos no humor ou na cognição. Nenhum deles apresentou intercorrências durante a entrevista.

#### **4.9.2 Instrumentos utilizados na coleta de dados**

O protocolo de pesquisa consistiu de:

- Questionário sócio-demográfico e clínico (anexo 1)
- *Hospital Anxiety and Depression Scale* – HAD (anexo 2)

Sintomas somáticos encontrados na ansiedade e na depressão apresentam-se com frequência em pacientes com doenças clínicas. Em casos de comorbidade, os sintomas psicológicos, mais do que os somáticos, discriminam melhor entre transtornos de humor e outras doenças clínicas. Os sintomas corporais ou “vegetativos” da depressão encontram-se presentes na maioria das escalas de ansiedade e depressão. Tal fato pode superestimar a frequência dos transtornos afetivos às custas de pacientes que, sem serem portadores de

transtornos psiquiátricos, apresentam sintomas ocasionados pela doença física. Com essa preocupação, foi desenvolvida a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), com sete itens para ansiedade e sete para depressão. (9) Nesta escala não figuram itens como insônia, fadiga, taquicardia, anorexia, perda de peso, etc. que podem, também, ser sintomas da doença física. A pontuação em cada subescala pode ir de 0 a 21. Depressão e ansiedade foram definidas com um escore  $\geq$  sete em cada subescala da HAD. A subescala de depressão centra-se na anedonia. A HAD tem sido utilizada tanto para rastreamento diagnóstico quanto para medir a gravidade da ansiedade e da depressão. Por este motivo foi a escala escolhida para ser utilizada neste trabalho. A versão em português desse instrumento foi validada no Brasil por Botega e colaboradores. (56,57)

- *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form - KDQOL-SF™ 1.3* (anexo 3) É pontuada numa escala que vai de 0 a 100.

O KDQOL-SF™ é um instrumento específico para medir o funcionamento e o bem-estar de pacientes com doença renal crônica terminal em tratamento dialítico. Este é provavelmente o questionário mais completo disponível atualmente para avaliar QV de pacientes com IRCT, pois inclui aspectos genéricos e específicos relativos à doença renal. (20) Ele inclui o SF-36 (58) que é um instrumento genérico, atualmente um dos mais utilizados internacionalmente, aplicável a diversos tipos de doenças, porque é composto por questões gerais que incluem o funcionamento físico, as limitações causadas por problemas da saúde física e emocional, o funcionamento social, a saúde mental, a dor, a vitalidade (energia/fadiga) e as percepções da saúde geral. O KDQOL-SF™ foi traduzido e validado no Brasil por Duarte, Ciconelli e Sesso. (59)

## 4.10 Análise estatística dos dados

Para análise dos dados foram obtidas: distribuições absolutas e percentuais uni e bivariadas e as medidas de estatística descritiva: média, mediana, valor médio, desvio padrão, coeficiente de variação, valor mínimo e valor máximo (Técnicas de estatística descritiva) e foram utilizados os testes estatísticos: Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas, teste t-Student com variância iguais e o teste F (ANOVA). Destaca-se que a verificação da hipótese de igualdade de variâncias foi realizada através do teste F específico para a finalidade. Os dados foram digitados na planilha Excel e o “software” estatístico utilizado para a obtenção dos cálculos estatísticos foi SAS (*Statistical Analysis System*) na versão 8. O nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5,0%. (60,61)

## 4.11 Aspectos éticos

O presente trabalho seguiu a orientação da declaração de Helsinki, estando de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos.

Os pacientes tiveram todas as informações necessárias sobre o estudo. Aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 4) antes de ser realizada a entrevista.

O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde - CCS da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, sob o número 161/06. (anexo 5)

## **5. Resultados**

### **5.1 Caracterização da amostra**

A tabela 1 apresenta as características dos pacientes pesquisados com relação à faixa etária, sexo, naturalidade, procedência, *status marital* e formação escolar. A idade dos pacientes variou de 21 a 70 anos, com média de 47,5 anos.

*Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos pesquisados*

Variável	n	%
<b>• Faixa etária (anos)</b>		
21 a 49	54	51,4
50 a 70	51	48,6
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>
<b>• Sexo</b>		
Masculino	71	67,6
Feminino	34	32,4
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>
<b>• Natural</b>		
RMR	55	52,4
Interior de PE	34	32,4
Outros estados	16	15,2
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>
<b>• Procedência</b>		
RMR	90	85,7
Interior de PE	14	13,3
Outro estado	1	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>
<b>• Status marital</b>		
Solteiro/viúvo/separado	42	40,0
Casado/união consensual	63	60,0
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>
<b>• Formação escolar</b>		
Analfabeta	4	3,8
Ensino fundamental incompleto	21	20,0
Ensino fundamental completo/ Ensino médio incompleto	31	29,5
Ensino médio completo/ superior incompleto	30	28,6
Superior completo/pós-graduação	19	18,1
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>

O tempo médio de HD foi de 63,94 meses (variou de 6 a 228 meses, DP=45,73). Em relação à raça apurou-se que um pouco mais da metade da amostra (52,4%) eram pardos, 43,8% eram brancos e apenas 3,8% foram classificados como negros.

A maioria (53,3%) era formada de católicos, seguido de 22,9% de evangélicos e 14,3% de espíritas e de 9,5% de outras religiões. Para a maior parte dos pacientes (31,1%) a causa da insuficiência renal era indeterminada e *Diabetes Mellitus* e Glomerulonefrite crônica (GNC) foram as duas causas determinadas mais frequentes, com percentuais correspondentes a 22,3% e 23,3%, respectivamente.

## **5.2 Avaliação da QV segundo as variáveis psicossociais**

A média de QV foi um pouco mais elevada entre os pacientes mais jovens, do sexo masculino, da raça negra e nos casados ou com união consensual. Entretanto não houve diferença significativa do ponto de vista estatístico em relação à média da QV para nenhuma dessas variáveis. (Tabela 2)

Na Tabela 2 verifica-se ainda que a média da QV se correlacionou negativamente com a presença de ansiedade e de depressão, havendo diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 2 – Média de QV segundo as diversas variáveis**

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>Média de QV</b>	<b>Valor de p</b>
Faixa etária (21-49/50-70anos)	55 / 50	67,23 / 65,05	p(1)= 0,482
Sexo (masc / fem)	69 / 36	68,04 / 62,44	p(1)= 0,086
Status marital (solt / casado)	43 / 62	63,72 / 67,90	p(1)= 0,183
Raça (branco / pardo / negro)	45 / 54 / 6	64,27 / 67,06 / 76,11	p(2)= 0,293
Ansiedade (sim / não)	32 / 73	51,78 / 72,40	<b>p(1)&lt; 0,001*</b>
Depressão (sim / não)	28 / 77	48,06 / 72,64	<b>p(1)&lt; 0,001*</b>

(1): Através do teste t-Student com variâncias iguais

(2): Através do teste F(ANOVA)

(\*): Diferença significativa a 5,0%

Não houve diferença significativa entre as causas da insuficiência renal, nem entre as categorias da religião ( $p > 0,05$ ).

Em relação ao grau da escolaridade (Tabela 3) observa-se que a média da QV foi menos elevada entre os que tinham até o ensino fundamental incompleto e foi mais elevada entre os que tinham ensino médio completo / superior incompleto, entretanto não se comprova diferença significativa entre as categorias da escolaridade ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 3 – Estatística da QV segundo a escolaridade e tempo de HD**

<b>Estatísticas</b>	<b>Escolaridade</b>				<b>Valor de p</b>
	Analfabeto/ Fundamental incompleto (n = 25)	Fundamental completo/médio incompleto (n = 30)	Médio completo/superior incompleto (n = 30)	Superior completo/pós- graduação (n = 18)	
Média	63,14	65,15	69,57	66,56	P <sup>(1)</sup> = 0,477

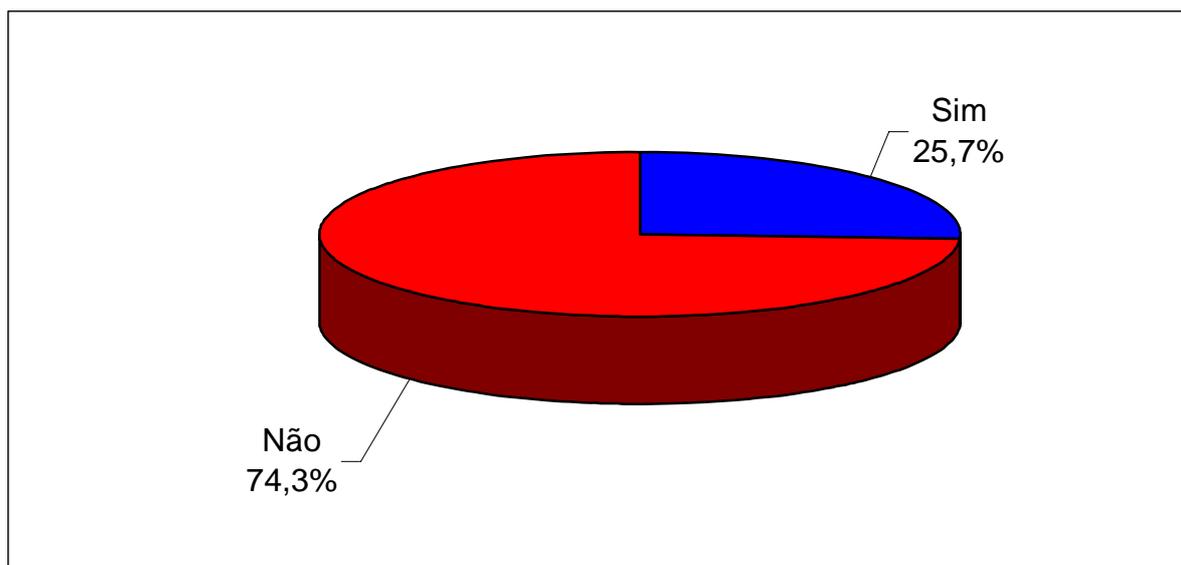
<b>Estatísticas</b>	<b>Tempo de Hemodiálise (meses)</b>			<b>Valor de p</b>
	<b>3 a 24</b> (n = 24)	<b>25 a 48</b> (n = 20)	<b>≥ 49</b> (n = 58)	
Média / DP	63,91 (14,70)	66,65 (17,46)	66,77 (15,51)	P <sup>(1)</sup> = 0,743

(1): Através do teste F(ANOVA)

Na Tabela 3 observa-se que a média da QV aumentou com o tempo de HD, sendo 63,91 entre os que tinham de 6 a 24 meses de HD e 66,77 entre os que tinham 49 meses ou mais, entretanto sem diferença significativa entre as categorias do tempo de HD ( $p > 0,05$ ).

### 5.3 Avaliação da depressão segundo as variáveis sociais e clínicas

A depressão foi registrada em 27 (25,7%) pacientes (Gráfico 1).



*Gráfico 1 – Distribuição dos pesquisados segundo a ocorrência de depressão*

Na Tabela 4, embora não tenha se verificado associação significativa entre depressão e cada uma das variáveis constantes na tabela, destaca-se que: a prevalência da depressão tendeu a ser um pouco mais elevada na faixa etária mais velha; mais elevada entre os pacientes do sexo feminino; foi nula entre os pacientes classificados como negros e foi mais elevada entre os brancos (30,4%). Foi mais elevada entre os solteiros / viúvos / separados do que entre os que eram casados / união consensual (33,3% x 20,6% respectivamente), sendo esta a maior diferença percentual entre as categorias das variáveis. Variou de 19,6% (entre os católicos) até 37,5% (entre os evangélicos) e foi menos elevada entre os que tinham maior escolaridade.

Tabela 4 – Avaliação da depressão segundo as variáveis sociais

Variável	Depressão				TOTAL		Valor de p
	Sim n	%	Não n	%	N	%	
<b>• Faixa etária (anos)</b>							
21 a 49	13	24,1	41	75,9	54	100,0	P <sup>(1)</sup> = 0,692
50 a 70	14	27,5	37	72,5	51	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>27</b>	<b>25,7</b>	<b>78</b>	<b>74,3</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Sexo</b>							
Masculino	16	22,5	55	77,5	71	100,0	P <sup>(1)</sup> = 0,281
Feminino	11	32,4	23	67,6	34	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>27</b>	<b>25,7</b>	<b>78</b>	<b>74,3</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Raça</b>							
Branco	14	30,4	32	69,6	46	100,0	P <sup>(2)</sup> = 0,491
Pardo	13	23,6	42	76,4	55	100,0	
Negro	-	-	4	100,0	4	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>27</b>	<b>25,7</b>	<b>78</b>	<b>74,3</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Status marital</b>							
Solteiro/viúvo/separado	14	33,3	28	66,7	42	100,0	P <sup>(1)</sup> = 0,145
Casado/união consensual	13	20,6	50	79,4	63	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>27</b>	<b>25,7</b>	<b>78</b>	<b>74,3</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Religião</b>							
Católica	11	19,6	45	80,4	56	100,0	P <sup>(2)</sup> = 0,377
Evangélica	9	37,5	15	62,5	24	100,0	
Espírita	4	26,7	11	73,3	15	100,0	
Outra	3	30,0	7	70,0	10	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>27</b>	<b>25,7</b>	<b>78</b>	<b>74,3</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Formação escolar</b>							
Analfabeta	1	25,0	3	75,0	4	100,0	P <sup>(2)</sup> = 0,306
Ensino fundamental incompleto	8	38,1	13	61,9	21	100,0	
Ens fund completo/médio incompleto	10	32,3	21	67,7	31	100,0	
Ens médio completo/Sup incompleto	5	16,7	25	83,3	30	100,0	
Superior completo/Pós-graduação	3	15,8	16	84,2	19	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>27</b>	<b>25,7</b>	<b>78</b>	<b>74,3</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>	

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Da Tabela 5 destaca-se:

- Não se verifica associação significativa entre a ocorrência de depressão e cada uma das variáveis: causa da insuficiência renal e tempo de HD
- A prevalência de pacientes com depressão variou de 22,2% entre os pacientes que apresentaram outras causas para a insuficiência renal até metade dos 4 casos com HAS e um dos dois casos com uropatia obstrutiva.
- Em relação ao tempo de hemodiálise observa-se que a prevalência variou de 20,0% (na faixa de 25 a 48 meses) até 29,2% (de 6 a 24 meses).
- Houve associação significativa entre a ocorrência de ansiedade e depressão ( $p < 0,05$ ). A prevalência de pacientes com depressão foi bem mais elevada entre os que apresentavam ansiedade do que entre os que não apresentavam ansiedade (71,0% x 6,8%).

**Tabela 5 – Avaliação da depressão segundo as variáveis: causa da insuficiência renal, tempo de hemodiálise e ocorrência de ansiedade**

Variável	Depressão				TOTAL		Valor de p
	Sim n	%	Não n	%	N	%	
<b>• Causa da insuficiência renal</b>							
HAS	2	50,0	2	50,0	4	100,0	$P^{(1)} = 0,855$
Diabetes Melittus	6	26,1	17	73,9	23	100,0	
GNC	5	20,8	19	79,2	24	100,0	
Rins policísticos	2	22,2	7	77,8	9	100,0	
Uropatia obstrutiva	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Outros	2	22,2	7	77,8	9	100,0	
Indeterminada	9	28,1	23	71,9	32	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>27</b>	<b>26,2</b>	<b>76</b>	<b>73,8</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Tempo de hemodiálise (meses)</b>							
6 a 24	7	29,2	17	70,8	24	100,0	$P^{(2)} = 0,766$
25 a 48	4	20,0	16	80,0	20	100,0	
49 ou mais	16	27,1	43	72,9	59	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>27</b>	<b>26,2</b>	<b>76</b>	<b>73,8</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Ocorrência de ansiedade</b>							
Sim	22	71,0	9	29,0	31	100,0	$P^{(2)} < 0,001^*$
Não	5	6,8	69	93,2	74	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>27</b>	<b>25,7</b>	<b>78</b>	<b>74,3</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>	

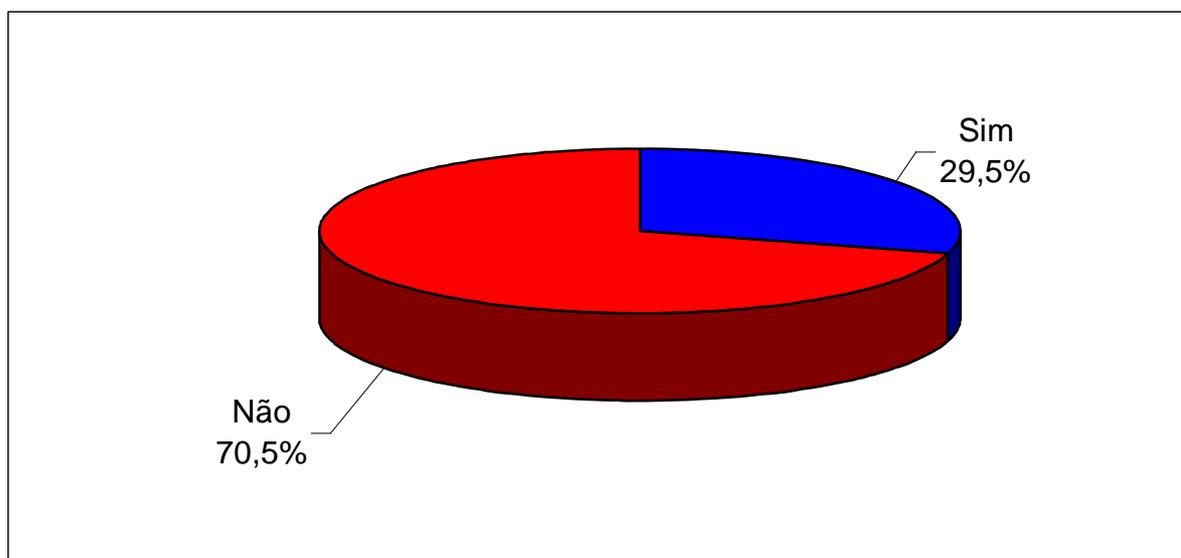
(\*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

## 5.4 Avaliação da ansiedade segundo as variáveis sociais e clínicas

Dos 105 pesquisados 31 (29,5%) tinham ocorrência de ansiedade (Gráfico 2).



*Gráfico 2 – Distribuição dos pesquisados segundo a ocorrência de ansiedade*

Da Tabela 6 verifica-se que a prevalência de pacientes com ansiedade:

- foi praticamente igual entre as duas faixas etárias
- foi mais elevada entre os pacientes do sexo feminino do que entre os pacientes do sexo masculino (44,1% x 22,5%)
- variou de 23,6% entre os classificados como pardos até 37,0% entre os brancos
- foi mais elevada entre os solteiros do que entre os casados / união consensual (35,7% x 25,4%);

- foi menos elevada entre os católicos (21,4%) e de outras religiões (30,0%) e mais elevada entre os evangélicos (41,7%) e espíritas (40,0%)
  
- foi mais elevada entre os pacientes com formação até 1º grau e menos elevada entre os que tinham curso superior / pós-graduação.

Ao nível de 5,0% observa-se que sexo foi à única variável que apresenta associação significativa com a ocorrência de ansiedade ( $p < 0,05$ ).

Tabela 6 – Avaliação da ansiedade segundo as variáveis sociais

Variável	Ansiedade				TOTAL		Valor de p
	Sim		Não		N	%	
	n	%	n	%			
<b>• Faixa etária (anos)</b>							
21 a 49	16	29,6	38	70,4	54	100,0	P <sup>(1)</sup> = 0,980
50 a 70	15	29,4	36	70,6	51	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>31</b>	<b>29,5</b>	<b>74</b>	<b>70,5</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Sexo</b>							
Masculino	16	22,5	55	77,5	71	100,0	P <sup>(1)</sup> = 0,023*
Feminino	15	44,1	19	55,9	34	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>31</b>	<b>29,5</b>	<b>74</b>	<b>70,5</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Raça</b>							
Branco	17	37,0	29	63,0	46	100,0	P <sup>(2)</sup> = 0,295
Pardo	13	23,6	42	76,4	55	100,0	
Negro	1	25,0	3	75,0	4	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>31</b>	<b>29,5</b>	<b>74</b>	<b>70,5</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Status marital</b>							
Solteiro/viúvo/separado	15	35,7	27	64,3	42	100,0	P <sup>(1)</sup> = 0,256
Casado/união consensual	16	25,4	47	74,6	63	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>31</b>	<b>29,5</b>	<b>74</b>	<b>70,5</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Religião</b>							
Católica	12	21,4	44	78,6	56	100,0	P <sup>(2)</sup> = 0,220
Evangélica	10	41,7	14	58,3	24	100,0	
Espírita	6	40,0	9	60,0	15	100,0	
Outra	3	30,0	7	70,0	10	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>31</b>	<b>29,5</b>	<b>74</b>	<b>70,5</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Formação escolar</b>							
Analfabeta	2	50,0	2	50,0	4	100,0	P <sup>(1)</sup> = 0,212
Ens fundamental incompleto	8	38,1	13	61,9	21	100,0	
Ens fund completo/médio incompleto	12	38,7	19	61,3	31	100,0	
Ens médio completo/Sup incompleto	6	20,0	24	80,0	30	100,0	
Superior completo/Pós-graduação	3	15,8	16	84,2	19	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>31</b>	<b>29,5</b>	<b>74</b>	<b>70,5</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>	

(\*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

A prevalência de ansiedade oscilou de 22,2% (entre os que tiveram outras causas da insuficiência renal) e ocorreu em um dos dois pacientes com uropatia obstrutiva, entretanto não se comprova associação significativa com a ocorrência de ansiedade. Em relação ao tempo de HD a prevalência variou de 29,2% a 30,5% e não se comprova associação significativa com a ocorrência de ansiedade, conforme resultados apresentados na Tabela 7 ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 7 – Avaliação da ansiedade segundo as variáveis: causa da IR e tempo de HD**

Variável	Ansiedade				TOTAL		Valor de p
	Sim n	%	Não N	%	N	%	
<b>• Causa da insuficiência renal</b>							
HAS	1	25,0	3	75,0	4	100,0	$P^{(1)} = 0,972$
Diabetes Melittus	8	34,8	15	65,2	23	100,0	
GNC	6	25,0	18	75,0	24	100,0	
Rins policísticos	3	33,3	6	66,7	9	100,0	
Uropatia obstrutiva	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Outros	2	22,2	7	77,8	9	100,0	
Indeterminada	10	31,3	22	68,8	32	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>31</b>	<b>30,1</b>	<b>72</b>	<b>69,9</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>	
<b>• Tempo de hemodiálise (meses)</b>							
6 a 24	7	29,2	17	70,8	24	100,0	$P^{(2)} = 0,993$
25 a 48	6	30,0	14	70,0	20	100,0	
49 ou mais	18	30,5	41	69,5	59	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>31</b>	<b>30,1</b>	<b>72</b>	<b>69,9</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>	

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

## 6. Discussão

A doença renal reduz acentuadamente o funcionamento físico e profissional. A percepção da própria saúde tem um impacto negativo sobre os níveis de energia e vitalidade, o que pode reduzir ou limitar as interações sociais e causar problemas relacionados à saúde mental. (20)

Já foi demonstrado extensamente na literatura que a QV dos pacientes portadores de IRCT em HD é afetada de várias maneiras, (4, 7,16) a despeito de todo o progresso tecnológico alcançado na área. Além das demandas geralmente exigidas de todo renal crônico, acrescentamos outros fatores que ocorrem freqüentemente em nosso meio, tais como o desemprego, (30) a falta de suporte familiar e social, (33,34) e a longa espera pelo transplante renal. Estes, somados à baixa condição sócioeconômica e cultural, acarretam dificuldades adicionais à nossa população de pacientes renais crônicos e podem piorar ainda mais a sua QV.

Os fatores psicossociais que estão relacionados com a QV dos pacientes com IRCT em HD crônica não se encontram bem estabelecidos. A maioria das relações ainda é controversa na literatura. Os trabalhos demonstram resultados muitas vezes discordantes. (13)

Com relação à diferença entre os gêneros, a maioria dos estudos demonstra que as mulheres apresentam uma pior QV do que os homens. Um estudo analisou 152 pacientes em HD usando o KDQOL-SF com o objetivo estudar essa diferença. Os escores do KDQOL-SF mostraram diferenças estatisticamente significantes entre os dois sexos no funcionamento físico, social e bem estar emocional, sendo pior nas mulheres. (26) Da mesma forma, outros autores também relataram que as mulheres apresentaram piores índices de QV do que os homens, sugerindo que isso possa acontecer pela perda do seu papel social e pela maior incidência de depressão neste grupo. (62) Um outro trabalho realizado no Ceará avaliou 107 pacientes sob HD para determinar a relação do gênero com a QV dos pacientes e não houve diferenças entre os escores de QV relacionada ao gênero naqueles pacientes. (27)

Na presente amostra, a média da QV foi um pouco mais elevada entre os pacientes do sexo masculino (vide tabela 2), concordando com a maioria dos resultados já descritos. Porém, é possível que o prejuízo evidenciado pelas mulheres reflita as diferenças que também

são encontradas na população em geral e estejam relacionadas com a maior prevalência de ansiedade e depressão no sexo feminino. (26)

O aumento da idade está associado à diminuição da QV dos pacientes, em especial nos aspectos físicos. Um trabalho brasileiro encontrou uma correlação linear e negativa entre a idade e as dimensões relacionadas aos aspectos físicos da escala de QV. (27) Resultado diferente foi encontrado em outro estudo, no qual os pacientes mais velhos demonstraram uma grande capacidade de adaptação à terapia dialítica, com menor perda de QV do que os mais jovens, inclusive no aspecto físico. (28) Nossos resultados revelaram uma tendência de melhor QV nos pacientes mais jovens, como demonstrado na tabela 2. Esse resultado deve ser analisado com algumas considerações a respeito da QV da população mais idosa, de uma maneira geral, e não somente nos portadores de doença renal. Com o aumento da idade, uma série de fatores ocorrem concomitantemente: maior possibilidade de comorbidades, maior incidência de depressão, perdas diversas (seja de cônjuge, suporte social ou capacidade funcional e econômica). (17) Apesar disso, é possível que, nos pacientes mais idosos, o impacto de uma doença terminal seja menor do que nos jovens, uma vez que eles têm maior capacidade de lidar com as limitações que a doença impõe. (60) O impacto, por exemplo, de três sessões semanais de HD numa pessoa aposentada é muito menor que numa pessoa em atividade produtiva.

A eventual associação da raça com QV é bastante complexa. As diferenças encontradas entre as raças podem ser causadas em parte por questões sócioeconômicas, além das diferenças genéticas. As dificuldades econômicas podem limitar o acesso à saúde. Leggat et al, examinando um grupo de 6.251 pacientes, perceberam que os pacientes negros têm uma possibilidade maior de faltar às sessões de HD ou de interrompê-las precocemente, comparados aos pacientes brancos. Contraditoriamente, os autores citam que esses pacientes evoluem melhor do que os brancos. (63) No presente trabalho, houve uma tendência a

maiores escores de QV nos pacientes negros (tabela 2). Este resultado está de acordo com os estudos que demonstraram que pacientes negros em HD apresentam melhor QV em relação aos brancos. (23,28,30,60) A influência da raça na QV desses pacientes ainda não está bem estabelecida.

A melhor QV encontrada nos pacientes casados ou com união estável nesse estudo pode ser explicada em parte pelo fato de que o suporte familiar está profundamente relacionado com o suporte social, uma vez que a família ou a relação de casal está incluída na rede de suporte desses pacientes. Já foi demonstrado na literatura que o suporte social se vincula a uma melhor evolução em pacientes com IRCT tratados por diálise. (34,35) O suporte social recebido está relacionado ao comparecimento a sessões de HD, ou seja, à adesão ao tratamento e isso contribui positivamente para a evolução. (17)

Em relação ao grau de escolaridade, observou-se nesse estudo que a média da QV foi mais elevada entre os pacientes que tinham mais anos de estudo (vide tabela 3). Este dado também foi encontrado em um trabalho onde o baixo nível educacional também tendeu a apresentar piores escores de QV. (31) Talvez uma explicação para este fato seja que o melhor nível educacional geralmente está associado a melhores condições profissionais e econômicas, fatores que podem ajudar o paciente a lidar melhor com as limitações que a doença e o tratamento impõem. No presente estudo não podemos afirmar isso, pois os dados socioeconômicos ainda não foram analisados.

Em vários estudos a comorbidade psiquiátrica tem sido associada com pior QV, havendo muitos trabalhos na literatura que demonstram que os parâmetros relacionados com QV foram significativamente menores nos pacientes com depressão. (10-15) Nossos resultados (tabela 2) demonstraram uma forte correlação entre a ocorrência de depressão e menores escores de QV, sendo a diferença estatisticamente significativa. A mesma relação foi encontrada com relação à presença de ansiedade (tabela 2). Esses resultados estão de acordo

com aqueles descritos na literatura com relação à associação de depressão e ansiedade com piores índices de QV. A prevalência de pacientes com depressão foi bem mais elevada entre os pacientes que também apresentavam ansiedade, sendo esta associação significativa do ponto de vista estatístico. Este dado também é encontrado em outros trabalhos que demonstram uma alta porcentagem de pacientes com transtorno misto ansioso-depressivo em pacientes sob HD. (39)

Considerando a dificuldade diagnóstica da depressão em pacientes portadores de outras doenças clínicas, tais como a IRC, devido à superposição dos sintomas apresentados (7,41) usamos nesse estudo uma escala que não leva em conta os sintomas físicos e enfatiza os subjetivos, visando melhorar a acurácia diagnóstica. A HAD enfatiza a anedonia, evitando dessa forma considerarmos como secundários à depressão os sintomas da uremia. Os nossos resultados apresentaram uma prevalência de 25,7% de depressão, estando de acordo com os dados relatados na literatura. As taxas de prevalência da depressão nesta população variam bastante, porém a maioria dos trabalhos têm estimado que a depressão ocorre em aproximadamente 20 a 30% dos pacientes em diálise. (6,10,36,42)

Ao contrário de alguns estudos que verificaram que a depressão foi mais freqüente nos mais jovens, (10) a nossa amostra de pacientes demonstrou que a prevalência de depressão foi um pouco mais elevada na faixa etária de 50 a 70 anos do que na faixa de 21 a 49 anos (diferença sem significância estatística), como pode ser verificado na tabela 4. O diagnóstico de depressão nos pacientes renais crônicos idosos submetidos a HD é muito importante, visto que a descontinuação do tratamento é uma das causas mais comuns de morte nesses pacientes. (10) O abandono do tratamento pode ser considerado uma forma de suicídio e torna o diagnóstico e o tratamento da depressão muito mais importante nesta subpopulação de pacientes.

A prevalência de pacientes com ansiedade foi mais elevada entre os pacientes do sexo feminino do que entre os pacientes do sexo masculino (44,1% x 22,5%). Este resultado talvez esteja refletindo a diferença encontrada na população geral, na qual as mulheres apresentam maior prevalência de ansiedade do que os homens. (64)

A avaliação da QV tem se tornado imprescindível na avaliação dos resultados de um tratamento ou intervenção que, para análise de determinadas doenças crônicas, é considerada tão importante quanto a morbidade e mortalidade. No caso da doença renal crônica em estágio final, por exemplo, a variável QV pode, inclusive, ser preditora para a sobrevivência e hospitalização desses pacientes. (65)

A QV é considerada, portanto, uma medida de desfecho clínico, que prioriza a avaliação do próprio paciente quanto aos efeitos que uma doença ou um tratamento exercem sobre sua vida diária e seu nível de satisfação e bem-estar. Esse tipo de avaliação, juntamente com as demais avaliações clínicas e laboratoriais, permite obter um parâmetro seguro para a implementação de atividades clínicas que possam ter um impacto mais positivo na vida dessas pessoas. (66)

Já foi demonstrado em muitos trabalhos o impacto negativo que a depressão exerce na evolução dos pacientes renais crônicos submetidos à HD, pela interferência com o estado nutricional e imunológico, na adesão ao tratamento, (3,7,12,14,51) na mortalidade, (50,53) e na QV (10-13, 15) desses pacientes.

Esses dados reforçam a necessidade de um programa voltado para a detecção precoce dos transtornos psiquiátricos nos serviços de HD, possibilitando o tratamento adequado dessas condições. A depressão, como já descrito, é um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes em pacientes com IRC. Os dados existentes na literatura sugerem a necessidade de um programa de *screening* de rotina para depressão, considerando que é um transtorno potencialmente tratável e que o tratamento pode melhorar a evolução clínica desses pacientes.

Foi descrito por alguns autores que o tratamento da depressão nessa população melhora a evolução clínica (15,20) e QV (16) desses pacientes.

Os resultados deste trabalho demonstraram a necessidade de continuar a pesquisar esses pacientes, com amostras maiores e melhor selecionadas. Como não houve uma randomização dos pacientes do presente estudo, há possibilidade de ter havido um viés de seleção da amostra.

Outro possível viés pode ter sido causado pelas diferenças entre as técnicas de diálise dos dois serviços pesquisados. A grande diferença não está na máquina, e sim no capilar que é onde acontecem as trocas (diálise). Ambos os dialisadores são de polissulfona, um material biocompatível, mas o capilar do HC é de uma geração inferior, é um capilar de baixo fluxo, ou seja, os poros da membrana são pequenos, o que não confere boa diálise de moléculas grandes. O capilar da Nefroclínica é de alto fluxo, dialisa bem moléculas pequenas e grandes. Em relação à evolução a longo prazo, alguns estudos mais recentes mostram uma diferença em sobrevida com o capilar de alto fluxo.

Apesar disso, foi uma pesquisa inédita em Recife, ponto de partida para trabalhos posteriores. Como a depressão é muito prevalente e esteve associada com pior QV, recomenda-se que os serviços de HD contenham um profissional que possa realizar uma avaliação psiquiátrica dos pacientes na equipe. Caso se confirme a hipótese da associação de pior QV com fatores que podem ser modificados, será mais uma forma de melhorar a evolução desses pacientes já tão sofridos pela doença e pelo tratamento.

## 7. Conclusões

- A QV dos renais crônicos submetidos à HD na cidade de Recife está comprometida, tendo apresentado um escore médio igual a 66,19 numa escala de zero a 100.
- A prevalência de pacientes deprimidos entre os renais crônicos submetidos à HD na cidade de Recife foi de 25,7%.
- A prevalência de ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à HD na cidade de Recife foi igual a 29,5%.
- Houve uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência simultânea de ansiedade e depressão.
- Dentre os fatores psicossociais, houve associação significativa de pior QV apenas com as variáveis depressão e ansiedade.
- A depressão não se correlacionou de forma significativa com nenhuma das variáveis sociais e clínicas estudadas.
- A única variável que apresentou associação significativa com a ocorrência de ansiedade foi o sexo feminino.
- Está justificada a necessidade da avaliação do estado psiquiátrico dos pacientes portadores de IRCT em HD de forma rotineira, visando diagnóstico precoce e tratamento adequado das comorbidades psiquiátricas, principalmente a depressão.

## 8. Referências bibliográficas

1. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? *Cur Opin Psychiatry*. 1997; 10(5):337-45.
2. Garcia Jr C, Zimmermann PR. Falência e transplante de órgãos. In: Botega NJ (org). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.355-71.
3. Reis MBB. Insuficiência renal e diálise. In: Fráguas RJ, Figueiró JAB. *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas*. São Paulo: Atheneu; 2001. p.181-9.
4. Fukuhara S, Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Kurokawa K, Mapes DL, Akisawa T, et al. Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Kidney Int*. 2003; 64(5):1903-10.
5. Taylor, SE. *Health psychology*. 4ª ed. Boston: McGrawHill; 1999.
6. Dogan E, Erkoc R, Eryonucu B, Sayarlioglu H, Agargun MY. Relation between depression, some laboratory parameters, and quality of life in hemodialysis patients. *Ren Fail*. 2005; 27(6):695-9.
7. Cukor D, Peterson RA, Cohen SD, Kimmel PL. Depression in end-stage disease hemodialysis patients. *Nature Clinical Practice Nephrology* 2006; 2(12):678-87.
8. Hays RD, Mapes DL, Kamberg C, Kallich J, Coons SJ, Carter WB. *Kidney disease quality of life short form (KDQOL-SF TM), version 1.3: a manual for use and scoring*. Santa Mônica: RAND, P-7994; 1997. 39p.
9. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67:361-70.
10. Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *Gen Hosp Psych*. 2006; 28(4):306-12.
11. Turk S, Atalay H, Altintepe L, Güney I, Okudan N, et al. Treatment with antidepressive drugs improved quality of life in chronic hemodialysis patients. *Clin Nephrol*. 2006; 65(2):113-8.
12. Taskapan H, Ates F, Kaya B, Emul M, Kaya M, Taskapan C, et al. Psychiatric disorders and large interdialytic weight gain in patients on chronic hemodialysis. *Nephrology*. 2005; 10(1):15-20.
13. Zimmermann PR, Camey AS, Mari JJ. A cohort study to assess the impact of depression on patients with kidney disease. *Int J Psychiatry Med*. 2006; 36(4):457-68.

14. Akman B, Uyar M, Afsar B, Sezer S, Nurhan OF, Haberal M. Adherence, depression and quality of life in patients on a renal transplantation waiting list. *Transpl Int.* 2007; 20(8):682-7.
15. Kalender B, Ozdemir AC, Dervisogiu E, Ozdemir O. Quality of life in chronic kidney disease: effects of treatment modality, depression, malnutrition and inflammation. *Int J Clin Pract.* 2007; 61(4):569-76.
16. Thornton TA, Hakim RM. Meaningful rehabilitation of End-Stage Renal patient. *Seminars in nephrology.* 1997; 17(3):246-52.
17. Zimmermann PR, Carvalho JO, Mari JJ. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. *R Psiquiatr RS.* 2004; 26(3):312-8.
18. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G , et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999; 21(1)
19. Belasco AGS, Sesso RCC. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. In: Diniz DP, Schor N. *Qualidade de Vida - Guias de medicina ambulatorial e hospitalar.* São Paulo: Manole/UNIFESP; 2006. p.1-10.
20. Duarte PS, Miyazaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF™). *Rev Assoc Med Bras.* 2003; 49(4).
21. Taylor SE, Aspinwall LG. Psychosocial aspects of chronic illness. In: Costa PT, Vandenbos GR, editors. *Psychological aspects of serious illness.* Washington, DC: American Psychological Association. 1990; 3-60.
22. Mapes DL, Bragg-Gresham JL, Bommer J, Fukuhara S, McKevitt P, Wikstrom B et al. Health-related quality of life in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Am J Kidney Dis* 2004 Nov; 44(5 Suppl 3):54-60.
23. Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Satayathum S, McCullough K, Pifer T, Goodkin DA, et al. Health-related quality of life and associated outcomes among hemodialysis patients of different ethnicities in the United States: the DOPPS. *Am J Kidney Dis.* 2003; 41(3):605-15.
24. Mapes DL, Lopes AA, Satayathum S, McCullough K, Goodkin DA, Locatelli F, et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: the DOPPS. *Kidney Int.* 2003; 64(1):339-49.
25. Yoshihiro MM. Tempo de diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica e Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes em Hemodiálise (dissertação de mestrado). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, 1998.

26. Vazquez I, Valderrabano F, Fort I, Jofre R, Lopez-Gomez JM, Moreno F, et al. Differences in health-related quality of life between male and female hemodialysis patients. *Nefrologia*. 2004; 24(2):167-78.
27. Santos PR. Relationship between gender and age with quality of life in chronic hemodialysis patients. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52(5):356-9.
28. Garcia-Mendoza M, Valdes C, Ortega T, Rebollo P, Ortega F. Differences in health-related quality of life between elderly and younger patients on hemodialysis. *J Nephrol L*. 2006;19(6):808-18.
29. Hicks LS, Cleary PD, Epstein AM, Ayanian JZ. Differences in health-related quality of life and treatment preferences among black and white patients with end-stage renal disease. *Qual Life Res*. 2004; 13(6):1129-37.
30. Kutner NG, Zhang R, Brogan D. Race, gender, and incident dialysis patients reported health status and quality of life. *J Am Soc Nephrol*. 2005;16(5):1440-8.
31. Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Goodkin DA, Fukuhara S, Mapes DL, Young EW et al. Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. *Qual Life Res*. 2007; 16(4):545-57.
32. Vazquez I, Valderrabano F, Jofre R, Fort J, Lopez-Gomez JM, Moreno F, et al. *J Nephrol*. 2003; 16(6):886-94.
33. Zimmermann PR. Avaliação da qualidade de vida de pacientes submetidos a tratamentos substitutivos da função renal original (dissertação de mestrado). Porto Alegre: Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Departamento de Clínica Médica. 1998.
34. Kimmel PL et al. Psychologic functioning, Quality of life, and Behavioral Compliance in patients Beginning Hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 1996; 7(10):2152-9.
35. Kimmel PL. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney International* 1998; 54(1):245-54.
36. Kimmel PL, Emont SL, Newmann JM, Danko H, Moss AH. ESRD patient quality of life: symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity. *Am J Kidney Dis* 2003; 42(4):713-21.
37. Kimmel PL. Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int*. 2001; 59:1599-613.
38. Vazquez I, Valderrabano F, Fort J, Jofre R, Lopez-gomez JM, Moreno F, et al. Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Qual Life Res*. 2005; 14(1):179-90.
39. Arenas MD, Alvarez-Ude F, Reig-Ferrer A, Zito JP, Gil MT, Carreton MA, et al. Emotional distress and health-related quality of life in patients on hemodialysis. *J Nephrol*. 2007; 20(3):304-10.

40. Wilson B, Spittal J, Heidenheim P, Herman M, Leonard M, Johnston A, et al. Screening for depression in chronic hemodialysis patients: comparison of the Beck Depression Inventory, primary nurse, and nephrology team. *Hemodial Int.* 2006; 10(1):35-41.
41. Kimmel PL. Depression in patients with chronic renal disease: what we know and what we need know. *J Psychosom Res.* 2002; 53(4):951-6.
42. Lopes AA, Bragg J, Young E, Goodkin D, Mapes D, Combe C, et al. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United states and Europe. *Kidney Int.* 2002; 62:199-207.
43. Almeida AM, Meleiro AMAS. Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. *J Bras Nefrol.* 2000; 22(1):192-200.
44. Duarte AP, Mattevi BS, Berlim MT, Morsch C, Thomé FS, Barros EJ, et al. Prevalência da depressão maior nos pacientes em hemodiálise crônica. *Rev HCPA.* 2000; 20(3):240-6.
45. Tossani E, Cassano P, Fava M. Depression and renal disease. *Semin Dial* 2005; 18(2):73-81.
46. Karaminia R, Tavallaii AS, Lorgard-Dezfuli-Nejad M, Moghani Lankarani M, Hadavand Mirzaie H, Einollahi B, et al. Anxiety and depression: a comparison between renal transplant recipients and hemodialysis patients. *Transplant Proc.* 2007; 39(4):1082-4.
47. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med.* 1998; 105(3):214-21.
48. Cohen SD, Kimmel PL. Nutritional status, psychological issues and survival in hemodialysis patients. *Contrib Nephrol.* 2007; 155:1-17.
49. Kalender B, Ozdemir AC, Koroglu G. Association of depression with markers of nutrition and inflammation in chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Nephrol Clin Pract.* 2006; 102(3-4):c115-21.
50. Micozkadioglu H, Micozkadioglu I, Zumrutdal A, Erdem A, Ozdemir FN, Sezer S, et al. Relationship between depressive affect and malnutrition-inflammation complex syndrome in hemodialysis patients. *Nephrology.* 2006; 11(6):502-5.
51. Koo JR, Yoon JW, Kim SG, LeeYK, Oh KH, Kim GH, et al. Association of depression with malnutrition in chronic hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis.* 2003; 41(5):1037-42.
52. Koo JR, Yoon JY, Joo MH, Lee HS, Oh JE, Kim SG, et al. Treatment of depression and effect of antidepressant treatment on nutritional status in chronic hemodialysis patients. *Am J Med Sci.* 2005; 329(1):1-5.

53. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, Veis JH. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney Int.* 2000; 57(5):2093-8.
54. Fabrazzo M, De Santo RM. Depression in chronic kidney disease. *Semin Nephrol.* 2006; 26(1):56-60.
55. Fishbein LJ. Depression in End-Stage Renal Disease patients. *Seminars in Dialysis* 1994; 7(3):181-5.
56. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos de humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública* 1995; 29(5):355-63.
57. Botega NJ, Ponde MP, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro CAM. Validação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1998; 47(6):285-9.
58. Ware JE; Sherbourne CD. The MOS 36 item short-form survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30:473-83.
59. Duarte PS, Ciconelli RM, Sesso R. Cultural adaptation and validation of the “Kidney disease quality of life - short form (KDQOL–SF TM 1.3)” in Brazil. *Braz J Med Biol Res.* 2005; 38(2):261-70.
60. Altman DG. *Practical Statistics for Medical Research.* London: Chapman and Hall; 1991.
61. Zar EH. *Biostatistical Analysis.* 4<sup>a</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall; 1999.
62. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomes JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001; 38(3):443-64.
63. Leggat JE Jr, Orzol SM, Hulbert-Shearon TE, Golper TA, Jones CA, Held PJ, et al. Noncompliance in hemodialysis: predictors and survival analysis. *Am J Kidney Dis.* 1998; 32(1):139-45.
64. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do comportamento e psiquiatria clínica.* 7<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 545-83.
65. Parkerson GR, Gutman RA. Health-related quality of life predictors of survival and hospital utilization. *Health Care Financ Rev* 2000; 21(3):171-84.
66. Duarte OS, Ciconelli RM. Instrumentos para a avaliação da qualidade de vida: genéricos e específicos. In: Diniz DP, Schor N. *Qualidade de Vida - Guias de medicina ambulatorial e hospitalar.* São Paulo: Manole/UNIFESP; 2006. p.11-18.



## 13. Causa da IRC:

1. HAS     2. DM     3. GNC     4. Rins policísticos  
 5. Uropatia obstrutiva     6. outros     7. Indeterminada

14. Início de hemodiálise: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tempo em HD: \_\_\_\_\_ meses

15. Já recebeu transplante renal?  1. Não     2. Sim

## 16. Antecedentes pessoais:

1. HAS     2. DM     3. Cardiopatia isquêmica (ICO crônica)  
 4. Vasculopatia periférica     5. Outros \_\_\_\_\_

17. Usa anti-hipertensivos?  1. Não     2. Sim

- a. IECA     b. B-Bloqueador     c. Bloq canal Ca     d. Outros

18. Acesso:  1. Fístula     2. Catéter

## 19. Exames recentes:

<i>Data:</i>	
HT	Cálcio
HB	Fósforo
CREAT	FA
IRU	PTH
eKT/V	Alb

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ass. Pesquisador: \_\_\_\_\_

## 9.2 ANEXO 2 – Escala de ansiedade e depressão (HAD)

### Escala de ansiedade e depressão – HAD

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Por favor, leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na *última semana*.

Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Vale mais a sua resposta espontânea.

**A Eu me sinto tenso ou contraído**

- 3 ( ) A maior parte do tempo  
 2 ( ) Boa parte do tempo  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Nunca

**D Eu ainda sinto gosto (satisfação) pelas mesmas coisas de que costumava gostar**

- 0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes  
 1 ( ) Não tanto quanto antes  
 2 ( ) Só um pouco  
 3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada

**A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer**

- 3 ( ) Sim, de um jeito muito forte  
 2 ( ) Sim, mas não tão forte  
 1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa  
 0 ( ) Não sinto nada disso

**D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas**

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes  
 1 ( ) Atualmente um pouco menos  
 2 ( ) Atualmente bem menos  
 3 ( ) Não consigo mais

**A Estou com a cabeça cheia de preocupações**

- 3 ( ) A maior parte do tempo  
 2 ( ) Boa parte do tempo  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Raramente

**D Eu me sinto alegre**

- 3 ( ) Nunca  
 2 ( ) Poucas vezes  
 1 ( ) Muitas vezes  
 0 ( ) A maior parte do tempo

**A Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado**

- 0 ( ) Sim, quase sempre  
 1 ( ) Muitas vezes  
 2 ( ) Poucas vezes  
 3 ( ) Nunca

**D Estou lento (lerdo) para pensar e fazer as coisas**

- 3 ( ) Quase sempre  
 2 ( ) Muitas vezes  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Nunca

**A Tenho uma sensação ruim de medo (como um frio na espinha ou um aperto no estômago...)**

- 0 ( ) Nunca  
 1 ( ) De vez em quando  
 2 ( ) Muitas vezes  
 3 ( ) Quase sempre

**D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência**

- 3 ( ) Completamente  
 2 ( ) Não estou mais me cuidando como eu deveria  
 1 ( ) Talvez não tanto quanto antes  
 0 ( ) Eu me cuido do mesmo jeito que antes

**A Eu me sinto inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum**

- 3 ( ) Sim, demais  
 2 ( ) Bastante  
 1 ( ) Um pouco  
 0 ( ) Não me sinto assim

**D Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir**

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes  
 1 ( ) Um pouco menos do que antes  
 2 ( ) Bem menos do que antes  
 3 ( ) Quase nunca

**A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico**

- 3 ( ) A quase todo momento  
 2 ( ) Várias vezes  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Não sinto isso

**D Consigo sentir prazer ao assistir um bom programa de TV, de rádio, ou quando leio alguma coisa**

- 0 ( ) Quase sempre  
 1 ( ) Várias vezes  
 2 ( ) Poucas vezes  
 3 ( ) Quase nunca

Ponto de corte em cada subescala: 7/8

### 9.3 ANEXO 3 – Escala de qualidade de vida (KDQOL-SF)

NOME: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

#### Doença Renal e Qualidade de Vida (KDQOL-SF™ 1.3)

Esta é uma pesquisa de opinião sobre sua saúde. Estas informações ajudarão você a avaliar como você se sente e a sua capacidade de realizar suas atividades normais

*Obrigado por completar estas questões!*

Kidney Disease and Quality of Life™ Short Form (KDQOL-SF™)  
English Version 1.3 Copyright © 1993, 1994, 1995 by RAND and the University of Arizona.  
Portuguese Version (2003;2005).

#### Estudo da Qualidade de Vida para Pacientes em Diálise

##### Qual é o objetivo deste estudo?

Este estudo está sendo realizado por médicos e seus pacientes em diferentes países. O objetivo é avaliar a qualidade de vida em pacientes com doença renal.

##### O que queremos que você faça?

Para este estudo, nós queremos que você responda questões sobre sua saúde, sobre como se sente e sobre a sua história.

##### E o sigilo em relação às informações?

Você não precisa identificar-se neste estudo. Suas respostas serão vistas em conjunto com as respostas de outros pacientes. Qualquer informação que permita sua identificação será vista como um dado estritamente confidencial. Além disso, as informações obtidas serão utilizadas apenas para este estudo e não serão liberadas para qualquer outro propósito sem o seu consentimento.

##### De que forma minha participação neste estudo pode me beneficiar?

As informações que você fornecer vão nos dizer como você se sente em relação ao seu tratamento e permitirão uma maior compreensão sobre os efeitos do tratamento na saúde dos pacientes. Estas informações ajudarão a avaliar o tratamento fornecido.

##### Eu preciso participar?

Você não é obrigado a responder o questionário e pode recusar-se a fornecer a resposta a qualquer uma das perguntas. Sua decisão em participar (ou não) deste estudo não afetará o tratamento fornecido a você.

### Sua Saúde

Esta pesquisa inclui uma ampla variedade de questões sobre sua saúde e sua vida. Nós estamos interessados em saber como você se sente sobre cada uma destas questões.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: [Marque um  na caixa que descreve da melhor forma a sua resposta.]

Excelente	Muito Boa	Boa	Regular	Ruim
τ	τ	τ	τ	τ
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Comparada há um ano atrás, como você avaliaria sua saúde em geral agora?

Muito melhor agora do que há um ano atrás	Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	Aproximadamente igual há um ano atrás	Um pouco pior agora do que há um ano atrás	Muito pior agora do que há um ano atrás
τ	τ	τ	τ	τ
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Os itens seguintes são sobre atividades que você pode realizar durante um dia normal. Seu estado de saúde atual o dificulta a realizar estas atividades? Se sim, quanto? [Marque um  em em cada linha.]

A Atividades que requerem muito esforço, como corrida, levantar objetos pesados, participar de esportes que exigem muito esforço

Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta nada
τ	τ	τ

1..... 2..... 3

B Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, varrer o chão, jogar boliche, ou caminhar mais de uma hora

1..... 2..... 3

C Levantar ou carregar compras de supermercado.....

1..... 2..... 3

D Subir vários lances de escada.....

1..... 2..... 3

E Subir um lance de escada .....

1..... 2..... 3

F Inclinar-se, ajoelhar-se, ou curvar-se.....  1.....  2.....  3

G Caminhar mais do que um quilômetro.....  1.....  2.....  3

H Caminhar vários quarteirões.....  1.....  2.....  3

I Caminhar um quarteirão.....  1.....  2.....  3

J Tomar banho ou vestir-se .....  1.....  2.....  3

**4. Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas seguintes com seu trabalho ou outras atividades habituais, devido a sua saúde física?**

	Sim	Não
	$\tau$	$\tau$
A Você reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
B Fez <u>menos</u> coisas do que gostaria.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
C Sentiu dificuldade no tipo de trabalho que realiza ou outras atividades	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2
D Teve <u>dificuldade</u> para trabalhar ou para realizar outras atividades (p.ex, precisou fazer mais esforço)	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2

**5. Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou outras atividades de vida diária devido a alguns problemas emocionais (tais como sentir-se deprimido ou ansioso)?**

	Sim	Não
	$\tau$	$\tau$
A Reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2
B Fez <u>menos</u> coisas do que gostaria.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
C Trabalhou ou realizou outras atividades com menos <u>atenção do que de costume</u> .	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2

6. Durante as 4 últimas semanas, até que ponto os problemas com sua saúde física ou emocional interferiram com atividades sociais normais com família, amigos, vizinhos, ou grupos?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
τ	τ	τ	τ	τ
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Intensa	Muito Intensa
τ	τ	τ	τ	τ	τ
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante as 4 últimas semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho habitual (incluindo o trabalho fora de casa e o trabalho em casa)?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
τ	τ	τ	τ	τ
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como as coisas tem acontecido com você durante as 4 últimas semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da forma como você tem se sentido. Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo...

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento
	τ	τ	τ	τ	τ	τ
A Você se sentiu cheio de vida?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
B Você se sentiu uma pessoa muito nervosa?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
C Você se sentiu tão "para baixo" que nada conseguia animá-lo?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
D Você se sentiu calmo e tranqüilo?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
E Você teve muita energia?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6

F Você se sentiu desanimado e deprimido?  1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6

G Você se sentiu esgotado (muito cansado)?  1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6

H Você se sentiu uma pessoa feliz?  1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6

I Você se sentiu cansado?.....  1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6

10. Durante as 4 últimas semanas, por quanto tempo os problemas de sua saúde física ou emocional interferiram com suas atividades sociais (como visitar seus amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento
$\tau$	$\tau$	$\tau$	$\tau$	$\tau$
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa.

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a Parece que eu fico doente com mais facilidade do que outras pessoas.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B Eu me sinto tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
C Acredito que minha saúde vai piorar.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D Minha saúde está excelente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### Sua Doença Renal

12. Até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa para você?

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a Minha doença renal interfere demais com a minha vida	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
B Muito do meu tempo é gasto com minha doença renal	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
C Eu me sinto decepcionado ao lidar com minha doença renal	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
D Eu me sinto um peso para minha família	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

13. Estas questões são sobre como você se sente e como tem sido sua vida nas **4 últimas semanas**. Para cada questão, por favor assinale a resposta que mais se aproxima de como você tem se sentido.

Quanto tempo durante as **4 últimas semanas**...

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
A Você se isolou (se afastou) das pessoas ao seu redor?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
B Você demorou para reagir às coisas que foram ditas ou que aconteceram?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
C Você se irritou com as pessoas próximas?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
D Você teve dificuldade para concentrar-se ou pensar?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
E Você se relacionou bem com as outras pessoas?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
F Você se sentiu confuso?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6

	Não me incomodei de forma alguma	Fiquei um pouco incomodado	Incomodei-me de forma moderada	Muito incomodado	Extremamente incomodado
	τ	τ	τ	τ	τ
a Dores musculares?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
B Dor no peito?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c Cãibras?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
D Coceira na pele?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
e Pele seca?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
f Falta de ar?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
G Fraqueza ou tontura?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
H Falta de apetite?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
I Esgotamento (muito cansaço)?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
J Dormência nas mãos ou pés (formigamento)?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
K Vontade de vomitar ou indisposição estomacal?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
L (Somente paciente em hemodiálise) Problemas com sua via de acesso (fistula ou cateter)?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
M (Somente paciente em diálise peritoneal) Problemas com seu catéter?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

#### Efeitos da Doença Renal em Sua Vida Diária

15. Algumas pessoas ficam incomodadas com os efeitos da doença renal em suas vidas diárias, enquanto outras não. Até que ponto a doença renal lhe incomoda em cada uma das seguintes áreas?

	Não incomoda nada	Incomoda um pouco	Incomoda de forma moderada	Incomoda muito	Incomoda extremamente
	τ	τ	τ	τ	τ
A Diminuição de líquido?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
B Diminuição alimentar?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
C Sua capacidade de trabalhar em casa?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
D Sua capacidade de viajar?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

E Depender dos médicos e outros profissionais da saúde?

1.....  2.....  3.....  4.....  5

F Estresse ou preocupações causadas pela doença renal?

1 .....  2.....  3.....  4.....  5

G Sua vida sexual?.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5

H Sua aparência pessoal?

1.....  2.....  3.....  4.....  5

As próximas três questões são pessoais e estão relacionadas à sua atividade sexual, mas suas respostas são importantes para o entendimento do impacto da doença renal na vida das pessoas.

16. Você teve alguma atividade sexual nas 4 últimas semanas?

(Circule Um Número)

Não .....1 →  
Sim .....2

Se respondeu não, por favor pule para a Questão 17

Nas últimas 4 semanas **você teve problema em:**

Nenhum problema τ	Pouco problema τ	Um problema τ	Muito problema τ	Problema enorme τ
----------------------	---------------------	------------------	---------------------	----------------------

A Ter satisfação sexual?.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5

B Ficar sexualmente excitado (a)?

1.....  2.....  3.....  4.....  5

17. Para a questão seguinte, por favor avalie seu sono, usando uma escala variando de 0, (representando "muito ruim") à 10, (representando "muito bom")

Se você acha que seu sono está meio termo entre "muito ruim" e "muito bom," por favor marque um X abaixo do número 5. Se você acha que seu sono está em um nível melhor do que 5, marque um X abaixo do 6. Se você acha que seu sono está pior do que 5, marque um X abaixo do 4 (e assim por diante).

Em uma escala de 0 a 10, como você avaliaria seu sono em geral? [Marque um X abaixo do número.]

Muito ruim											Muito bom	
$\tau$	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	$\tau$	10
	<input type="checkbox"/>											

18. Com que frequência, durante as 4 últimas semanas **VOCÊ...**

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
A Acordou durante a noite e teve dificuldade para voltar a dormir?	$\tau$ .....	$\tau$	$\tau$	$\tau$	$\tau$	$\tau$
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
B Dormiu pelo tempo necessário?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
C Teve dificuldade para ficar acordado durante o dia?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6

19. Em relação à sua família e amigos, até que ponto você está satisfeito com...

	Muito insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Um pouco satisfeito	Muito satisfeito
A A quantidade de tempo que você passa com sua família e amigos?	$\tau$ .....	$\tau$	$\tau$	$\tau$
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4
B O apoio que você recebe de sua família e amigos?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4

20. Durante as 4 últimas semanas, você recebeu dinheiro para trabalhar?

Sim Não  
 $\tau$   $\tau$   
 1  2

21. Sua saúde o impossibilitou de ter um trabalho pago?

Sim Não  
 $\tau$   $\tau$   
 1  2

22. No geral, como você avaliaria sua saúde?

A pior possível (tão ruim ou pior do que estar morto)	Meio termo entre pior e melhor					A melhor possível				
$\tau$					$\tau$					$\tau$
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Satisfação Com O Tratamento

23. Pense a respeito dos cuidados que você recebe na diálise. Em termos de satisfação, como você classificaria a amizade e o interesse demonstrado em você como pessoa?

Muito ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente	O melhor
$\tau$						
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

24. Quanto cada uma das afirmações a seguir é verdadeira ou falsa?

a O pessoal da diálise me encorajou a ser o (a) mais independente possível

Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
$\tau$	$\tau$	$\tau$	$\tau$	$\tau$
<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

B O pessoal da diálise ajudou-me a lidar com minha doença renal.....

<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------

## 9.4 ANEXO 4 – Termo de consentimento pós-informado

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

## I - Dados de identificação do paciente:

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## II - Dados sobre a pesquisa:

1. Título: Avaliação de fatores psicossociais e qualidade de vida em renais crônicos

2. Pesquisador: Lívia Pires Vasconcelos, médica, Cremepe 11.913

3. Avaliação do risco da pesquisa (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo):

Sem risco  Risco mínimo  Risco baixo  Risco médio  Risco maior 

## III - Explicações ao paciente ou seu representante legal sobre a pesquisa:

A proposta deste trabalho é analisar os fatores psicossociais e a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos. Você está sendo convidado a participar do projeto. Sua participação é voluntária. Caso aceite participar deste estudo, será submetido a uma entrevista, com duração de aproximadamente 30 min. O potencial benefício para a sociedade é que este estudo pode aumentar o conhecimento sobre esta patologia tão freqüente em nosso meio.

## IV – Esclarecimentos sobre direitos do sujeito da pesquisa:

Em qualquer momento durante o estudo estaremos disponíveis para tirar qualquer dúvida. Eu poderei obter mais informações com Dra. Lívia pelo telefone 3822-8781. As informações produzidas serão mantidas em lugar seguro e a identificação só poderá ser concluída pelo pessoal envolvido diretamente com o projeto. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a lhe identificar. Eu entendo que poderei solicitar meu desligamento do presente projeto a qualquer momento.

## V - OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

Aceito que serei informado de qualquer conhecimento significativo descoberto durante este projeto, o qual poderá influenciar a minha participação e a sua continuidade. Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e compreendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa. Como tenho dificuldade para ler ( sim;  não) o escrito acima, atesto também que o entrevistador, quando da leitura pausada desse documento, esclareceu as minhas dúvidas e concordo em participar do estudo.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

## 9.5 ANEXO 5 – Folha de aprovação pelo Comitê de Ética



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

Of. N.º 172/2006-CEP/CCS

Recife, 19 de setembro de 2006.

Registro do SISNEP FR –102003

CAAE –0168.0.172.000-06

Registro CEP/CCS/UFPE N.º 161/06

Título: “ Fatores psicossociais e qualidade de vida em renais crônicos submetidos à hemodiálise.”

Pesquisador Responsável: Livia Pires Vasconcelos

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) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 18 de setembro de 2006.

Ressaltamos que o pesquisador responsável deverá apresentar relatório ao final da pesquisa (30/03/2007).

Atenciosamente,

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



José Ângelo Rizzo  
Vice - Coordenador do CEP/CCS/UFPE

A  
Mestranda Livia Pires Vasconcelos  
Hospital das Clínicas – UFPE