

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE
CASCAVEL CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - PROGRAMA
DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE – NÍVEL
MESTRADO

HALANA BATISTEL BARBOSA

**QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES
RENAIS CRÔNICOS EM TRATAMENTO CONSERVADOR**

CASCAVEL-PR
(FEVEREIRO/2016)

HALANA BATISTEL BARBOSA

**QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES
RENAIS CRÔNICOS EM TRATAMENTO CONSERVADOR**

Dissertação apresentada ao Programa De Pós-Graduação Stricto Sensu em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Processo saúde-doença

ORIENTADOR: Prof. Dr. Luis Alberto Batista Peres

CASCADEL-PR
(FEVEREIRO/2016)

FOLHA DE APROVAÇÃO

HALANA BATISTEL BARBOSA

**QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES
RENAIS CRÔNICOS EM TRATAMENTO CONSERVADOR**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em
Biociências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca
Examinadora.

Orientador: Prof. Dr. Luis Alberto Batista Peres
UNIOESTE

Prof. Dr. Vinicius Daher Alvares Delfino
UEL

Prof. Dra. Sandra Lucinei Balbo
UNIOESTE

CASCADEL-PR
(FEVEREIRO/2016)

Trabalho dedicado a Nossa Senhora das Graças que me guiou em todas as etapas não me permitindo vacilar em momento algum.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que permitiu que esse trabalho acontecesse e que em todos os momentos é o maior mestre que se pode ter;

A minha mãe Maria, a gigante cujos ombros subi e pude enxergar do mais alto os princípios de honestidade, obediência e fé;

Ao meu pai Hélio, que se estivesse em nosso meio não estaria cabendo em si de tanto orgulho;

Ao meu irmão Rodrigo e a minha cunhada Eliane, por serem pessoas tão especiais;

A minha sobrinha Gabrielly, pelo seu coração de criança capaz de despertar os melhores sentimentos e por proporcionar momentos de descontração indescritíveis;

Ao amor da minha vida Geovani, pelo amor, carinho e principalmente paciência, suportando as ausências e permanecendo sempre ao meu lado me incentivando. Amo você;

Aos amigos, pelas descontrações e por suportarem junto comigo os momentos difíceis;

Ao meu orientador Profº Dr. Luis Alberto Batista Peres, pelo suporte, orientação e incentivo;

A Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNOESTE e seu corpo docente, que oportunizaram com tanto esmero meu crescimento na vida acadêmica;

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte dessa caminhada, o meu muito obrigada.

RESUMO

Introdução: A doença renal crônica (DRC) apresenta alto impacto na saúde para os pacientes e para os serviços de saúde em todo o mundo e vem sendo considerada um importante problema de saúde pública. Os portadores de uma doença crônica ainda que o tratamento não seja invasivo tem que se adaptar as mudanças que esta acarreta, e que podem interferir na qualidade de vida (QV) e também nos níveis de ansiedade e depressão, dependendo da forma como são incluídas e aceitas no cotidiano. **Objetivos:** Avaliar os níveis de QV, ansiedade e depressão em pacientes portadores de DRC em tratamento conservador; investigar as características clínicas, sociodemográficas, laboratoriais e aspectos sobre o conhecimento da doença e seu tratamento de pacientes portadores de DRC em tratamento conservador e correlacioná-los com os níveis de QV, ansiedade e depressão; comparar os dados demográficos, clínicos e laboratoriais dos pacientes em função de ter ou não ansiedade e de ter ou não depressão; comparar os domínios de QV em função do sexo; comparar os dados demográficos, as variáveis ansiedade, depressão e QV conforme estadiamento da DRC em dois grupos. **Metodologia:** Estudo de abordagem quantitativa, descritivo, exploratório e observacional, de corte transversal, realizado no Ambulatório do Curso de Medicina na especialidade de Nefrologia do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). Foi utilizado questionário previamente elaborado para levantamento do perfil sociodemográfico e clínico da população estudada, o instrumento SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey*) para análise da QV e o instrumento HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) para avaliação da ansiedade e depressão. Para análise dos dados utilizou-se o programa estatístico R (Core Team, 2013), foram realizados os testes de *Shapiro-Wilk*, qui-quadrado, Exato de Fisher e *t-Student*, de acordo com a natureza das variáveis. O teste de correlação de Spearman foi realizado para correlacionar ansiedade, depressão e QV. Foi considerado nível de significância de 5%. **Resultados:** Foram avaliados 132 pacientes com idade média de $65,0 \pm 14,0$ anos, predominando o sexo masculino (55,3%) e a raça branca (83,3%). Os pacientes apresentaram tempo de acompanhamento médio de $56,4 \pm 87,0$ meses. Hipertensão arterial e diabetes mellitus foram as principais comorbidades encontradas. Observamos pouco conhecimento sobre a doença. A ansiedade foi observada em 26,5% e a depressão em 37,1% dos pacientes. Foram observados baixos domínios 'limitação por aspectos físicos' e 'estado geral de saúde' na avaliação da QV. Houve correlação positiva entre ansiedade e depressão. **Conclusão:** Observamos prevalência elevada de ansiedade e depressão, bem como, baixa qualidade de vida na população estudada.

Palavras-Chave: Insuficiência renal crônica; qualidade de vida; ansiedade; depressão.

ABSTRACT

Introduction: The chronic kidney disease (CKD) presents high impact in health for patients and for the health services all over the world and it has been considered one important problem of public health. The carriers of a chronic disease, even if the treatment is non-invasive, they have to adapt themselves to the changes that this disease entails, and can interfere with the quality of life (QL) and also the anxiety and depression levels, depending on how they are included and accepted daily. **Objectives:** To evaluate the QL levels, anxiety and depression in patients carriers of CKD in conservative treatment; To investigate the clinic, sociodemographic, laboratory characteristics and aspects from the disease knowledge and its treatment of patients carriers of CKD in conservative treatment and correlate with the levels of QL, anxiety and depression; to compare; the demographic, clinic and laboratory data from patients in order to whether have or not anxiety and whether have or not depression; to compare the domains of QL in relation to sex; to compare the demographic data, the anxiety, depression and QL variables as CKD staging in two groups. **Methodology:** Study of quantitative approach, descriptive, exploratory and observational, cross-sectional, performed at the Medical School Clinic in the Nephrology specialty of Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). It was used a previously elaborated questionnaire for the sociodemographic and clinical profile of the population studied, the instrument SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey) for analysis of QL and the instrument HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) to evaluate the anxiety and depression. For data analysis it was used the statistical program R (Core Team, 2013), the tests applied were Shapiro-Wilk, chi-square, Fisher's exact and t-Student, according to the nature of the variables. The correlation test of Spearman was used to correlate anxiety, depression and quality of life. It was considered the significance level of 5%. **Results:** 132 patients were evaluated with mean age of $65,0 \pm 14,0$ years old, with predominance of male patients (55,3%) and white race (83,3%). The patients presented a time of follow-up average of $56,4 \pm 87,0$ months. Hypertension and diabetes mellitus were the main comorbidities founded. We observed little knowledge about the disease. Anxiety was observed in 26,5% and depression in 37,1% of the patients. Low fields 'limitations due to physical aspects' and 'general health' in the assessment of QL were observed. There was positive correlation between anxiety and depression. **Conclusion:** We observed high prevalence of anxiety and depression, such as, low QL in the studied population.

Key-Words: Renal insufficiency chronic; quality of life; anxiety; depression.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral	17
2.2	Específicos	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	Considerações acerca das doenças crônicas não transmissíveis	18
3.2	A DRC no contexto das doenças crônicas não transmissíveis	21
3.3	Definição e bases diagnósticas	24
3.4	Qualidade de vida	27
3.5	Ansiedade e depressão	36
3.6	Enfermagem e o autocuidado na DRC	43
4	METODOLOGIA	47
4.1	Proteção aos sujeitos do estudo	47
4.2	Coleta de dados	47
4.3	Instrumento para avaliação dos níveis de QV	48
4.4	Instrumento para avaliação dos níveis de ansiedade e depressão	49
4.5	Análise estatística	49
5	RESULTADOS	50
5.1	Ansiedade	54
5.2	Depressão	56
5.3	Qualidade de vida	57
6	DISCUSSÃO	60
7	REFERÊNCIAS	69
8	ARTIGO	77
9	APÊNDICES	101
10	ANEXOS	107

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 Estadiamento da doença renal crônica de acordo com o 22 KDOQI

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Dados demográficos, clínicos e laboratoriais dos pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do HUOP.	51
TABELA 2	Conhecimento relatado sobre aspectos da DRC por pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do HUOP.	52
TABELA 3	Informação relatada sobre aspectos relacionados a dieta por pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do HUOP.	53
TABELA 4	Dados demográficos, clínicos e laboratoriais dos pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do HUOP em função de ter ou não ansiedade.	55
TABELA 5	Dados demográficos, clínicos e laboratoriais dos pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do HUOP em função de ter ou não depressão.	57
TABELA 6	Escore obtidos nas dimensões de QV abordados pelo questionário SF-36 aplicado nos pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do HUOP.	58
TABELA 7	Escore obtidos nas dimensões de QV abordados pelo questionário SF-36 aplicado nos pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do HUOP em função do sexo.	59
TABELA 8	Comparação dos pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) divididos em dois grupos conforme o estadiamento da DRC (Grupo A: estágios 1 a 3 e Grupo B: estágios 4 a 5).	60

LISTA DE ABREVIATURAS

AE	Aspectos emocionais
AS	Aspectos sociais
CF	Capacidade funcional
CG	Equação de Cockcroft - Gault
CrS	Creatinina sérica
D	Dor
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DCr	Depuração de creatinina
DM	Diabete mellito
DRC	Doença renal crônica
DSM-V	Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais 5ª edição
EGS	Estado geral de saúde
HADS	<i>Hospital Anxiety Depression Scale</i>
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HUOP	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KDOQI	<i>Kidney Disease Outcomes Quality Initiative</i>
LAF	Limitação por aspectos físicos
MDRD	<i>Modification of Diet in Renal Disease</i>
MS	Ministério da Saúde
NKF	<i>National Kidney Foundation</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SF-36	<i>Short Form</i>
SM	Saúde mental
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TRS	Terapia renal substitutiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
V	Vitalidade
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

1. INTRODUÇÃO

As doenças transmissíveis enquanto causa de mortalidade tem tido sua importância reduzida e, estão sendo progressivamente substituídas pelas afecções de cunho crônico-degenerativas, cujo controle é mais complexo e oneroso como ocorre com os casos de doença renal crônica (DRC). O número preciso de pessoas com DRC em qualquer estágio é desconhecido no mundo, ou seja, há uma invisibilidade de dados estatísticos relacionados à doença, os dados existentes são setorizados, resultados de levantamento populacional realizado em regiões isoladas (FRANÇA et al., 2009; COUTINHO, 2011).

A DRC se configura em um problema de saúde pública importante, visto que no Brasil a prevalência de pacientes em terapia renal substitutiva (TRS) tem apresentado aumento considerável (CANHESTRO et al., 2010, MEDEIROS; SÁ, 2011). De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) em 2010, 92.000 pessoas se encontravam em tratamento dialítico, já o censo de 2013 aponta que esse número ultrapassava 100.000 pacientes.

Estimar a prevalência dessa doença nos estágios iniciais, na qual a maioria das vezes os pacientes se encontram assintomáticos é de extrema importância, considerando que sua evolução depende da qualidade do atendimento ofertado na fase inicial e que essa estimativa pode auxiliar o desenvolvimento de políticas de prevenção e controle da DRC (FRANÇA et al., 2009).

A DRC evolui por estágios pré-dialíticos, sendo importante o diagnóstico precoce e o manejo no sentido de retardar a progressão da doença, bem como, preparar o paciente para a possibilidade de TRS. Estas intervenções consistem no que se denomina tratamento conservador da DRC (FRANÇA et al., 2009; CANHESTRO et al., 2010).

A partir da década passada, evidenciou-se que a progressão da DRC poderia ser retardada ou até interrompida com medidas preventivas, como controle rigoroso do diabetes melito (DM) e da pressão arterial. Fatores como sobrepeso, obesidade, tabagismo e sedentarismo também tem contribuído para que a DRC esteja sendo considerada a grande epidemia do milênio (MEDEIROS;

SÁ, 2011). As etapas iniciais do acompanhamento desses pacientes consistem no diagnóstico precoce e encaminhamento imediato ao especialista possibilitando uma abordagem pré-dialítica do portador de DRC e a utilização de medidas preventivas (CANHESTRO et al., 2010; BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). Para Medeiros e Sá (2011), embora pacientes em estágios mais avançados da doença tenham menor possibilidade de reversão da disfunção renal, o controle rigoroso da hipertensão arterial sistêmica (HAS), do DM e adequação da dieta têm trazido grandes benefícios.

O manejo nutricional e farmacológico adequado dos pacientes diagnosticados com DRC são componentes essenciais que objetivam a normalização do distúrbio metabólico, prevenção da desnutrição, redução dos riscos cardiovasculares e por consequência a prevenção da progressão da doença renal (MEDEIROS; SÁ, 2011).

Os pacientes renais crônicos dependentes de TRS apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais, que interferem na sua qualidade de vida (QV). O tratamento de substituição renal traz aos pacientes renais crônicos repercussões na área física, emocional e social de suas vidas. O modo como cada paciente vive e se relaciona com a DRC é único e pessoal, já que é dependente de vários fatores como o perfil psicológico, as condições ambientais e sociais e o apoio familiar, dentre outras (FERREIRA; SILVA FILHO, 2011).

O enfrentamento emocional pode ocorrer de modo pouco saudável desencadeando sintomas de depressão, que por sua vez, podem interferir no tratamento dos pacientes com HAS e DM associados à DRC, visto que, a doença crônica se associa a falta de iniciativa, desesperança e déficit cognitivo associado à depressão, favorecendo menor adesão às medicações e aos exercícios, e consequente diminuição da QV (CONDÉ et al., 2010). Este aspecto da DRC tem despertado interesse, uma vez que vários estudos estabeleceram associação entre baixos níveis de QV, tanto no âmbito físico como mental, com desfechos clínicos insatisfatórios, como a falta de adesão à terapia hemodialítica, maiores taxas de hospitalização e maior morbimortalidade (SILVEIRA et al., 2010;

FERREIRA; SILVA FILHO, 2011; CONDÉ et al., 2010; GRINCENKOV et al., 2011; MORTARI et al., 2010;).

A QV, ansiedade e depressão tem sido frequentemente avaliadas em pacientes em TRS, havendo carência de mais estudos em pacientes com DRC em tratamento conservador.

Os sentimentos vivenciados por pessoas com doença crônica são diversos, dentre eles a regressão, perda da autoestima, insegurança, ansiedade, negação da situação presente e a depressão. A partir da forma particular de viver a situação de adoecimento, dos mecanismos de defesa e de adaptação usados para isso se dará uma maior ou menor participação ativa do doente no controle apropriado da doença. As respostas adaptativas do paciente aos sentimentos de perda e insegurança ocasionados pelo diagnóstico de DRC são vivenciadas de forma individualizada e sofrem influência de diversos fatores como personalidade, história de vida anterior, processo cognitivo e de significação do seu processo de adoecimento e tratamento. A forma como esse período é vivenciado pelo paciente é um fator preponderante à sua adesão ou não ao tratamento, acarretando um prognóstico mais positivo ou negativo, o que interfere diretamente na QV do paciente (CASTRO, s/d).

A avaliação de variáveis como ansiedade, depressão e QV, permite aos profissionais da área da saúde a reestruturação da sua prática, avaliando o paciente com DRC em tratamento conservador para além do plano patológico, no qual se trata apenas a doença, possibilitando uma assistência holística e humanizada que considera a história de vida do paciente como fator de impacto positivo ou negativo na eficácia da proposta terapêutica, bem como na adesão ao tratamento. Permite ainda avaliar a qualidade da assistência prestada e adequá-la, sempre que necessário, pelos profissionais da área da saúde.

Nessa perspectiva, as variáveis: QV, níveis de ansiedade e depressão constituem importantes ferramentas para avaliar a assistência prestada e o tratamento instituído, bem como complicações advindas da evolução da DRC.

Sendo assim, as hipóteses aventadas são de que pacientes com DRC em tratamento conservador vão apresentar menor nível de QV e maiores escores de ansiedade e depressão, que devem ser mais acentuados com a progressão da

doença e podem ser influenciados por vários fatores, como história familiar, comorbidades, anemia, hiperparatireoidismo, tempo de doença e o entendimento que o paciente tem sobre a doença.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral:

- Avaliar os níveis de QV, ansiedade e depressão em pacientes portadores de DRC em tratamento conservador.

2.2. Específico:

- Investigar as características clínicas, sociodemográficas, laboratoriais e aspectos sobre o conhecimento da doença e seu tratamento de pacientes portadores de DRC em tratamento conservador e correlacioná-los com os níveis de QV, ansiedade e depressão;
- Comparar os dados demográficos, clínicos e laboratoriais dos pacientes em função de ter ou não ansiedade;
- Comparar os dados demográficos, clínicos e laboratoriais dos pacientes em função de ter ou não depressão;
- Comparar os domínios de QV em função do gênero;
- Comparar os dados demográficos, as variáveis ansiedade, depressão e QV conforme estadiamento da DRC em dois grupos pertencendo ao grupo A os estadiamentos de 1 a 3 e ao grupo B os de 4 a 5.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Considerações acerca das doenças crônicas não transmissíveis

A projeção da população do Brasil por sexo e idade entre 1980 - 2050 publicado pelo IBGE (2008), alerta que o formato tipicamente triangular da pirâmide populacional, com uma base alargada, está cedendo lugar a uma pirâmide característica de uma sociedade em acelerado processo de envelhecimento.

As sociedades modernas são caracterizadas por baixas taxas de natalidade e mortalidade, com crescimento populacional de quase zero. Nesse cenário as doenças transmissíveis comuns nas sociedades primitivas cedem lugar às condições crônico-degenerativas e suas complicações que passam a ser prevalentes especialmente nos idosos (PEREIRA, 2000, SILVA; COTTA; ROSA, 2013).

De acordo com Pereira (2000), o aumento da população idosa tende a exigir recursos cada vez mais significativos para o adequado atendimento de suas necessidades, uma vez que o envelhecimento populacional pode ter importantes efeitos sobre os serviços de saúde, considerando a associação da velhice com maior prevalência de doenças degenerativas e outras incapacidades, aumentando a demanda por cuidados a pacientes com doenças crônicas. Tais limitações oneram o sistema de saúde na medida em que aumentam a demanda por consultas, exames laboratoriais, dispensação de medicamentos, internação e por vezes maior tempo de internação. Nessa perspectiva, a atenção social aos idosos passa a representar uma prioridade da sociedade e a atenção médica tende a consumir substancial proporção de recursos financeiros do setor saúde (PEREIRA, 2000, SILVA; COTTA; ROSA, 2013).

Os resultados apresentados por Achutti e Azambuja (2004), mostram que, muitas doenças que pertencem ao grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) possuem fatores de risco em comum e demandam por assistência continuada e ônus progressivo em proporção direta ao envelhecimento da população. As principais doenças desse grupo compreendem

as cardiovasculares, o diabetes, cânceres e as doenças respiratórias crônicas. Nessa perspectiva, mudanças nos sistemas de saúde vêm sendo preconizadas no sentido de organizar uma atenção continuada aos portadores de doenças crônicas em detrimento do atendimento predominante de condições agudas.

Os resultados do levantamento suplementar de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (2008) publicado em 2010, realizado em convênio com o Ministério da Saúde (MS), apontaram que, 31,3% das pessoas entrevistadas afirmaram ter pelo menos uma doença crônica, o que correspondia a 59,5 milhões de pessoas, do total, 5,9% declararam ter três ou mais doenças crônicas. Em relação à idade, foi verificado que o aumento de doenças crônicas é diretamente proporcional à faixa etária, ou seja, conforme aumenta a faixa etária, aumenta também o número de doenças declaradas pelas pessoas (PNAD, 2008).

O impacto social dessas doenças tornou-se preocupação mundial. Nos dias 19 e 20 de setembro do ano de 2011 foi realizada na sede da ONU em Nova York, a Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral Sobre Doenças Não Transmissíveis que contou com a presença de mais de 30 chefes de estado e de governo e mais de 100 ministros, cujo objetivo foi encontrar formas de prevenção destas afecções. A partir dessa reunião, foi publicado o Relatório do Secretário Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) intitulado "Prevenção e controle das doenças não transmissíveis" que trata das doenças crônicas não transmissíveis como sendo uma barreira a ser ultrapassada na luta por melhores condições de saúde em nível mundial, além de considerar as doenças crônicas não transmissíveis como mal compreendidas e não suficientemente registradas. O aumento dessas afecções segundo o referido relatório tem provocado mais mortes que todas as demais doenças de caráter agudo. Em 2008, em consonância com o mesmo relatório, as doenças crônicas foram responsáveis por 36 milhões de mortes, o que representa 63% dos óbitos ocorridos nesse mesmo ano em todo o mundo, e de forma progressiva, estima-se que em 2030 essas doenças sejam responsáveis pela morte de aproximadamente 52 milhões de pessoas (ONU, 2011).

Devido à gravidade, incapacidades e mortes decorrentes das doenças

crônicas, faz-se necessário a prestação de cuidados a longo prazo, uma vez que estas doenças tendem a reduzir a produtividade e aumentar o custo dos cuidados de saúde com consequente enfraquecimento do desenvolvimento econômico (ONU, 2011).

O impacto individual e socioeconômico dessas doenças podem ser reduzidos por meio da incorporação das melhores práticas em saúde pública, associado a medidas de cuidados primários a população com alto risco de contrair essas doenças, tais intervenções podem ajudar a neutralizar seus efeitos nocivos. A natureza geralmente prolongada das doenças crônicas requer uma resposta integral do sistema de saúde, e necessita que este tenha uma força de trabalho qualificada, tecnologias acessíveis, fornecimento de medicamentos e sistemas de referência e capacitação profissional em todo período de acompanhamento(ONU, 2011).

De acordo com o relatório sobre prevenção e controle das doenças crônicas apresentado pela ONU, se o que se deseja é a redução dos índices dessas afecções em países em desenvolvimento, há que se mudar a abordagem utilizada atualmente para tratar do assunto. Hodiernamente a assistência à saúde destinada aos pacientes portadores de doenças crônicas tem se concentrado nos hospitais. No caso de doenças cardiovasculares e do DM, uma elevada percentagem de pessoas com alto risco permanecem sem diagnóstico, e até mesmo, as pessoas que foram diagnosticadas tem acesso insuficiente aos cuidados primários de saúde que poderiam evitar possíveis complicações.

[...], oferecer respostas adequadas e eficazes para essas enfermidades é considerado o maior desafio do setor saúde no século 21. Isso pode ser justificado, dentre outros fatores, pela forma fragmentada de organização dos sistemas de saúde, que torna-se insatisfatória na forma e nas funções, pois voltam-se meramente para indivíduos genéricos com ênfase curativa e reabilitadora (SILVA; COTTA; ROSA, 2013).

Entretanto, mesmo considerando a possibilidade de prevenção das DCNT, estas continuam sendo um dos maiores desafios a serem enfrentados pelos sistemas de saúde. Caso não sejam gerenciadas adequadamente, as condições crônicas passarão a ocupar a primeira causa de incapacidade em todo o mundo até o ano 2020, e tendem a se tornarem, também, o problema mais

dispendioso para os sistemas de saúde (SILVA; COTTA; ROSA, 2013).

3.2 A DRC no contexto das doenças crônicas não transmissíveis

No Brasil, de acordo com o censo de diálise do ano de 2009, publicado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, mais de 77.000 pessoas estavam em tratamento dialítico. O censo de diálise publicado no ano de 2013 aponta que mais de 100.000 estão em tratamento dialítico, sendo que, destas 30% apresentam o DM como diagnóstico de base e 35%, HAS. Estes dados refletem o significativo aumento na demanda de atendimentos e evidenciam a necessidade de ações no âmbito preventivo e também de promoção da saúde, visando o estímulo ao autocuidado por parte dessa clientela.

A DRC em estágio avançado necessita de terapêutica dialítica, nos estágios iniciais pode-se utilizar medidas capazes de retardar ou até mesmo evitar a progressão da doença. Às condutas que não expõem o paciente a TRS, são denominadas tratamento conservador (CANHESTRO et al., 2010).

O objetivo do tratamento conservador é inicialmente avaliar a reversibilidade da DRC, prover suporte psicológico e fornecer esclarecimentos sobre a doença e seu tratamento ao paciente e aos familiares, além de tratar e prevenir a anemia, hipertensão, acidose metabólica, doença mineral óssea, bem como, as alterações de sódio e potássio. Essas ações visam manter o paciente com uma condição clínica favorável e compatível com o estágio de desenvolvimento da DRC, além de manter um estado emocional estável (CANHESTRO et al., 2010).

Roso et al., (2013), apontam que o número de indivíduos que ingressam nas TRS pode ser reduzido, para tanto, o diagnóstico precoce da DRC associado aos programas de orientação para portadores de DM e HAS são fundamentais. Vale a pena ressaltar que independente do diagnóstico etiológico da DRC, a presença de dislipidemia, obesidade e tabagismo aceleram a progressão da doença. Nesse sentido, o tratamento conservador ou pré-dialítico, consiste em medidas e ações com objetivo de reduzir a progressão da doença renal por meio da melhora clínica, física e psicológica dos portadores de DRC, retardando a

necessidade de TRS e dessa forma, possibilitando uma redução das hospitalizações e consequente aumento na QV dessa população (ROSO et al., 2013). Esse tipo de tratamento, de acordo com Roso et al., (2013), pode ser realizado via ambulatorial, em clínicas especializadas ou ainda em Unidades Básicas de Saúde (UBS), por uma equipe multiprofissional, entretanto, com consultas ao nefrologista para pacientes nos estágios 4 e 5 da disfunção renal. Todavia, considerando o disposto nas diretrizes para DRC pré-terapia renal substitutiva (2011), sugere que o paciente deva ser encaminhado ao nefrologista no estágio 3B da doença conforme descrição na tabela 1 e quando apresentar alterações urinárias com taxa de filtração glomerular (TFG) dentro dos limites da normalidade.

Quadro 1. Estadiamento da doença renal crônica de acordo com o KDOQI

Estádio	Descrição	TFG
1	Lesão renal com TFG normal ou aumentada	≥90
2	Lesão renal com TFG levemente diminuída	60-89
3A	Lesão renal com TFG moderadamente diminuída	45-59
3B		30-44
4	Lesão renal com TFG severamente diminuída	15-29
5	IRC estando ou não em TRS	<15

TFG: taxa de filtração glomerular; IRC: insuficiência renal crônica.

Fonte: Projeto Diretrizes - Doença Renal Crônica (Pré-terapia Renal Substitutiva): Diagnóstico (2011, p.04).

Nesse contexto, "a equipe multiprofissional, com a inserção de profissionais nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, entre outros, é vista como enriquecedora, pela importância da ação interdisciplinar na prevenção dos fatores de risco" (ROSO et al., 2013, p. 104).

O tratamento conservador tende a reduzir os elevados custos com diálise em decorrência de encaminhamentos tardios por desconhecimento da doença. Em consonância com as diretrizes para DRC pré-terapia renal substitutiva (2011), o número de pacientes em tratamento dialítico e com transplante renal no Brasil é próximo de 130.000 onerando o sistema de saúde em torno de 1,4 bilhão de reais.

A DRC vem sendo considerada um grave problema de saúde pública com repercussão mundial, devido ao curso silencioso da doença nos estágios iniciais,

e a difícil realização do diagnóstico precoce. Outra questão relevante e que contribui com o fato da doença ser considerada uma preocupação de saúde pública consiste na complexidade das alterações decorrentes da perda progressiva da função renal culminando com desenvolvimento de comorbidades e óbito precoce (MANSUR; DAMASCENO; BASTOS, 2012; ROSO et al., 2013).

De acordo com Mansur, Damasceno e Bastos (2012), há redução da qualidade de vida dos pacientes com DRC, perda de massa muscular, fadiga, náuseas com piora considerável quando o tratamento progride para TRS associando-se a um risco aumentado de hospitalização e óbito. Tais autores estudaram a fragilidade enquanto um estado clínico de vulnerabilidade em pacientes com DRC e evidenciaram que as manifestações da patologia como ocorrência frequente de anemia, inflamação, dislipidemia, distúrbio do metabolismo ósseo e mineral, acidose metabólica, desnutrição, disfunção muscular e doenças cardiovasculares favorecem a ocorrência da fragilidade.

Estudos americanos sugerem uma taxa geral de 15% de prevalência de fragilidade em idosos que apresentavam DRC, sendo esta inversamente relacionada à TFG numa probabilidade duas vezes maior do construto aparecer em pacientes idosos com DRC do que em indivíduos idosos com função renal normal (SHLIPAK et al., 2004; WILHELM-LEEN et al., 2011). Em consonância com os mesmos autores, pacientes com DRC e em TRS o predomínio da fragilidade chega a 68% e ocorre também em pacientes não idosos.

Em estudo realizado por Mansur, Damasceno e Bastos (2012), com o objetivo de avaliar a prevalência de fragilidade e os fatores a ela associados em pacientes com DRC em tratamento conservador, hemodiálise e diálise peritoneal, evidenciaram que 38,4% dos pacientes com DRC eram frágeis sendo esse percentual distribuído igualmente entre os grupos e que tal construto ocorre em pacientes não idosos com DRC e em TRS, sendo uma contribuição nova desse estudo a observação da ocorrência de fragilidade em pacientes não idosos com DRC e em tratamento conservador.

3.3 Definição e bases diagnósticas

A manutenção da homeostase do corpo humano depende fundamentalmente da ação renal, nesse sentido, a perda funcional constante na DRC por meio da diminuição progressiva da TFG com a consequente perda das funções endócrinas, regulatórias e excretórias, tende a levar ao comprometimento dos demais órgãos do organismo (KIRSZTAJN, G.M et al., 2011).

A estimativa da TFG é considerada uma ótima maneira de mensurar a função renal, devendo ser usada no estadiamento da doença considerando que, níveis reduzidos de TFG precedem a expressão de sintomas de falência renal. Nesse sentido, ao se monitorar as alterações na TFG é possível estimar o ritmo de perda de função renal, os riscos de complicações da DRC bem como, ajustar as medicações de tratamento de modo a prevenir a toxicidade (PECOITS-FILHO, 2004).

A avaliação da função glomerular é fundamental no diagnóstico e acompanhamento dos pacientes com DRC, na determinação de desfecho renal e cardiovascular, no diagnóstico e monitoramento dos pacientes com lesão renal aguda, na adequação das doses dos medicamentos de eliminação renal e é um componente importante no processo decisório sobre o início da terapia renal substitutiva (TRS) (BASTOS, 2011, p.08).

Segundo as diretrizes para DRC pré-terapia renal substitutiva (2011), a depuração da inulina (substância exógena) é considerada o padrão-ouro para a determinação da TFG preenchendo os critérios de marcador ideal uma vez que, é livremente filtrada pelos glomérulos, não sofre reabsorção e não é secretada pelos túbulos. Materiais radioisótopos (iotalomato I) ou não radioativo (ioexol) também são considerados bons marcadores para a determinação da TFG. Entretanto, tais métodos são onerosos e de difícil aplicação na prática médica. Dessa forma, na prática clínica usual, a estimativa da TFG é realizada pela dosagem sérica de creatinina, produto do metabolismo muscular, que deve considerar as variáveis, sexo, idade, raça e massa corporal e pode ser estimada por meio da coleta de urina por um período de 24 horas ou por equações padronizadas:

- Equação de Cockcroft-Gault (CG) para estimar a depuração de creatinina:

$$\text{DCr}^1 \text{ (CG) (mL/min)} = (140 - \text{idade} \times \text{peso}) / 72 \times \text{CrS}^2 \text{ (x 0.85 se mulher);}$$
- Equação abreviada do estudo *Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)* para estimar a TFG:

$$\text{TFG (mL/min/1,73m}^2\text{)} = 186 \times (\text{CrS})^{-1,154} \times (\text{idade})^{0,203} \times (0,742 \text{ se mulher}) \times (1,210 \text{ se negro americano})$$

Tais equações não tem aplicabilidade em indivíduos que apresentem instabilidade da função renal por regressão ou progressão da lesão renal ou por alterações hemodinâmicas. Assim sendo, seu uso está condicionado a pacientes que apresentam estabilidade da função renal (KIRSZTAJN, G.M et al., 2011).

Uma observação importante é a de que níveis normais de creatinina podem ser observados mesmo quando a disfunção renal já se faz presente, uma vez que, 01) a DRC pode acontecer mesmo sem que se tenha redução na TFG (estadio 1 e 2 apresentado na Tabela 1), nesse caso o diagnóstico será pautado em alterações ultrasonográficas, histológicas ou na presença de anormalidades urinárias e 2) o nível de creatinina sérica pode ser considerado dentro da normalidade e a TFG se apresentar diminuída, assim, é importante que junto com o resultado laboratorial da creatinina sérica seja fornecido também a TFG. Considerando essas possibilidades, tem-se que a dosagem sérica de creatinina isoladamente é limitada para o diagnóstico de DRC (KIRSZTAJN, G.M et al., 2011).

Recentemente a aplicabilidade da dosagem sérica de cistatina C tem sido avaliada como um marcador renal na avaliação da TFG e parece ser uma alternativa promissora para substituir a creatinina sérica. Possui um nível sanguíneo constante e independe da massa muscular, sua concentração depende da TFG, não é afetada pelo estado nutricional e massa muscular e vem sendo considerada um marcador de função glomerular mais sensível que a creatinina para detectar diminuições discretas de TFG na DRC havendo aumento precoce em caso de insuficiência renal. Contudo, ainda são necessários estudos para viabilizar sua aplicabilidade (BASTOS, 2011).

¹DCr: Depuração da creatinina.

²CrS: Creatinina sérica.

A TFG diminui progressivamente ao longo do tempo de acordo com a idade e na maioria das doenças renais, normalmente está associada a complicações como HAS, anemia, neuropatia, doença óssea, declínio funcional e do bem-estar, é ainda parâmetro de indicação para TRS nos estágios mais avançados da DRC (BASTOS, 2011).

Segundo Romão Junior (2004), tanto a avaliação quanto o tratamento da DRC requerem conhecimento relacionado às bases diagnósticas, à gravidade da doença, às comorbidades associadas bem como ao risco de perda da função renal. Nesse sentido, a instituição do tratamento para DRC pode ser pautado em alguns componentes como, envolver grupos com risco para a DRC por meio de programa de promoção à saúde; estabelecer o diagnóstico da DRC pela identificação precoce da disfunção renal; detectar e corrigir as causas reversíveis da patologia; estabelecer um diagnóstico etiológico; definir o estadiamento da DRC; propor intervenções para retardar a progressão da doença; prevenir as complicações decorrentes da DRC e planejar precocemente a instituição da TRS.

Para Bastos (2011, p.15), "A DRC é um problema de grande relevância clínica, cuja evolução depende da qualidade do tratamento ofertado precocemente no curso da doença".

O atendimento preventivo dessa população pelo sistema de saúde público no Brasil, não tem apresentado resultados eficientes, o que pode ser justificado pela procura tardia dos serviços, demora no agendamento das consultas, o fato de grande parte das pessoas portadoras de doenças crônicas buscarem atendimento em estágios avançados da doença já apresentando incapacidades e danos irreversíveis (ROSO et al., 2013).

A participação de uma equipe multidisciplinar nesse atendimento é de extrema relevância, possibilitando o aumento da adesão ao tratamento, mitigando o desconhecimento em relação à DRC e principalmente possibilitando uma assistência integral a essa população. Todavia, devido à debilidade dos programas nacionais voltados a educação em saúde e diagnóstico precoce da DRC, há dificuldade na redução significativa da progressão da doença e ingresso nas TRS o que, gera desconforto e redução na QV e onera o tratamento para os serviços de saúde (CANHESTRO et al., 2010). Nesse sentido, cabe a inferência

de que portar DRC traz repercussões nos contextos emocional e social das vidas desses pacientes, considerando que a progressão da doença para estágios mais avançados ou até mesmo a iminência de uma TRS são preocupações constantes.

O conceito de DRC é proposto pela *National Kidney Foudation* (NKF) em seu documento *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (KDOQI) e é expresso nas diretrizes para DRC pré-terapia renal substitutiva (2011), como sendo uma lesão do parênquima renal e/ou uma redução na TFG em um período maior ou igual a três meses. Tal definição é baseada em dois critérios: a) lesão definida por anormalidades estruturais ou funcionais do rim com ou sem redução na TFG nas quais possam ser evidenciadas anormalidades histopatológicas ou relacionada aos marcadores de lesão renal, alterações de imagem, urinárias ou sanguíneas;b) lesão definida por uma TFG $<60\text{ml/min/1,73 m}^2$ com ou sem lesão renal.

Considerando o conceito proposto pela NKF e a importância clínica de uma uniformização da linguagem entre os profissionais que lidam com a referida afecção na prática diária, ficou instituída a classificação ou estadiamento para a DRC conforme mostrado no quadro1.

Embora a TFG possa estabilizar com uso adequado das medicações, a adesão à dieta e medidas de nefroproteção bem como, uma abordagem multidisciplinar pode retardar a progressão da doença e manter os pacientes fora da TRS por tempo considerado (MEDEIROS; SÁ, 2011).

A DRC é uma das afecções crônicas que tem apresentado significativo aumento sendo atualmente um problema de saúde pública, e de acordo com a definição exposta, torna-se evidente que tal afecção é mais frequente do que se tem conhecimento até o momento, e sua evolução clínica está associada a altas taxas de morbimortalidade, sendo suas principais causas o DM e a HAS, doenças altamente prevalentes (KIRSZTAJN, G.M et al., 2011).

3.4 Qualidade de vida

A pesquisa sobre qualidade de vida ultrapassou sua origem na área de saúde e constitui hoje um dos campos mais importantes para o diálogo entre as diferentes disciplinas e escolas de pensamento, no sentido da busca de avanços reais para as pessoas das mais diferentes culturas (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012, p.10).

Alguns estudos têm apontado à importância do trabalho interdisciplinar com pacientes renais crônicos indicando melhora na qualidade de vida. Bastos (2006) comenta que estudos recentes evidenciam a complexidade da doença renal crônica (DRC) e impõem um modelo de atendimento integral aos pacientes. O autor observa que, no modelo interdisciplinar de intervenção da DRC, as tarefas são mais facilmente implementadas quando o nefrologista pode contar com outros profissionais. Existem evidências de que o acompanhamento feito por equipe interdisciplinar pode auxiliar na melhoria da qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica (SANTOS, 2007).

Esta vocação original para a interdisciplinaridade permite trazer para o mesmo espaço de discussão pessoas e áreas que, de outra forma, muito dificilmente encontrariam um denominador comum para o diálogo e o crescimento intelectual conjunto" (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012, p.10).

Estudo realizado por Carvalho e Santos (2009), objetivou investigar a relação entre promoção e prevenção da saúde, interdisciplinaridade e qualidade de vida dos pacientes a fim de avaliar se essas ações influenciavam na adesão ao tratamento e melhora da qualidade de vida dos pacientes. Nessa avaliação, a maioria dos pacientes, relataram a importância do trabalho interdisciplinar para se alcançar este diferencial, além da participação de outros setores na obtenção de qualidade.

O trabalho interdisciplinar inerente às pesquisas relacionadas à QV, em consonância com Minayo (1991), deve concomitantemente preservar a autonomia e a profundidade da pesquisa considerando a riqueza ímpar de cada área envolvida, bem como, deve articular os fragmentos do conhecimento ampliando a compreensão do objeto de estudo. A interdisciplinaridade exige portanto, disciplina e rigor metodológico por parte do pesquisador para que não se incorra no erro da construção de uma colcha de retalhos onde as partes pouco se articulam e dialogam. Diante do exposto, é possível a inferência de que, trabalhar QV num contexto interdisciplinar não é tarefa fácil e exige cautela, além de ser um tema "[...] de grande importância tanto para a teoria como para a prática da saúde coletiva" (MINAYO; HURTZ; BUSS, 2000, p. 08).

Para melhor compreensão do termo QV, há que se considerar tanto as

condições objetivas que os sujeitos dispõem quanto ao significado que dão a essas condições e ao modo como vivem, ou seja, as condições subjetivas. A dimensão objetiva está relacionada às condições materiais e a satisfação de necessidades básicas como habitação, trabalho, alimentação que nada tem a ver com a interpretação do indivíduo da sua realidade concreta (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012). Entretanto, a exclusão social, o desemprego e também a violência podem ser considerados formas objetivas de negação de QV (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). A dimensão subjetiva por sua vez, considera a expectativa e a percepção que o sujeito tem sobre o que considera ter QV, ou seja, se relaciona com os sentimentos e juízos de valor dos indivíduos (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

" [...] a diferenciação entre padrões de entendimento e percepção se faz necessária para nortear as análises e organizar os conteúdos e abordagens. Isso não pode ser confundido com um paradigma determinista e reducionista. O fato de existirem percepções mais voltadas à análise subjetiva e outras ligadas à objetiva são tendências que se complementam e, associadas, configuram o atual campo de conhecimento em qualidade de vida" (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012, p. 33).

O universo de conhecimento em QV engloba o conhecimento popular e diversas formas de ciência, lida-se portanto, com elementos e percepções do cotidiano das pessoas, sejam eles relacionados à expectativas de cunho subjetivo ou a questões mais objetivas como o enfrentamento demonstrado frente a determinada situação. Há portanto, sem reducionismo que se "compreender QV como uma forma humana de percepção do próprio existir, a partir de esferas objetivas e subjetivas" (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012, p.14).

A análise subjetiva também se justifica pelo fato de os estudos demonstrarem o desacordo entre a avaliação do médico/profissional de saúde e a do paciente em relação à gravidade dos sintomas e ao sucesso do tratamento. Assim, enquanto a avaliação médica enfatiza a melhora na sintomatologia e no nível de saúde física, o paciente parece se importar mais com o conforto durante o tratamento e com a capacidade de realizar suas atividades diárias. Esse descompasso sugere que o paciente seja a melhor fonte de informação sobre seu estado de saúde, já que certos aspectos subjetivos são inacessíveis à observação

do profissional de saúde (BERLIM; FLECK, 2003).

Uma questão relevante relacionada à importância da avaliação subjetiva do paciente é a adesão ao tratamento. Aderir a uma intervenção depende da motivação e da satisfação do paciente frente aos resultados alcançados pelo tratamento, sendo necessário saber se ele o avalia como eficaz. No caso em que o desfecho é prioritariamente o desenvolvimento do bem-estar, a avaliação do paciente por meio de itens subjetivos, visando à identificação da sua satisfação pessoal, torna-se ainda mais importante (BERLIM; FLECK, 2003).

Valorizar a percepção que os indivíduos que constituem uma sociedade possuem em relação a saúde, educação, trabalho, renda e ambiente tornou-se necessidade emergente de um país em desenvolvimento. Conforme afirmou Lyndon Johnson, em 1964, então presidente dos Estados Unidos, "os objetivos de um país não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas" (DINIZ, 2013, p.5).

O construto QV, apesar dos diferentes enfoques de investigação, permite objetivos, práticas e perspectivas nos campos da economia, demografia, antropologia, ambiental e de saúde pública. Nesse sentido, há que se considerar a percepção individual em relação aos aspectos biopsicossociais nas avaliações e práticas específicas de cada área fazendo desse, um construto multidimensional e subjetivo (DINIZ, 2013).

Para Kluthcovsky et al (2007), QV pode ser descrita sob uma perspectiva histórica, cultural e de bem-estarestratificado. A perspectiva histórica na qual em um determinado tempo de uma sociedade há um parâmetro de QV que pode ser diferente que o de outra época da mesma sociedade. A cultural em que os valores e necessidades também tendem a ser diferentes em cada sociedade. E a perspectiva de que os padrões de bem-estarestratificados entre as classes sociais permitem a existência de desigualdades acentuadas, sugerindo dessa forma, que o conceito de QV esteja relacionado ao bem-estar de pessoas pertencentes a níveis sociais mais elevados. Nessa perspectiva, considera-se também a questão da mutabilidade, uma vez que a avaliação da QV pode mudar em função do tempo, pessoa e contexto cultural.

O termo QV, tem sido facilmente incorporado ao vocabulário popular sob

a conotação de ser algo bom, mesmo sem expressar uma definição exata do termo. Está do ponto de vista do senso comum, relacionado a um padrão elevado de bem-estar, entretanto, QV ainda é uma área de conhecimento em construção de identidade. "Ora identificam-na em relação à saúde, ora à moradia, ao lazer, aos hábitos de atividade física e alimentação, mas [...] todos esses fatores levam a uma percepção positiva de bem-estar" (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012, p.15). Algumas abordagens relacionadas à QV, remetem a mudança de hábitos individuais, ou seja, como consequência do seu esforço, o sujeito usufruirá de melhor padrão de bem-estar e irá viver melhor. Sob essa perspectiva, entende-se que nem todos os sujeitos tem QV e que é preciso esforço para obtê-la. Esse é o foco dado pelos meios de comunicação.

"Qualidade de vida tornou-se, em muitas circunstâncias, um jargão útil a promessas fáceis e propagandas enganosas. Isso ocorre devido a uma falta de compreensão específica sobre o termo, e sua consequente colonização por parte dos meios comerciais e de comunicação, que o utilizam como justificativa para tornar seus produtos úteis, ou para manipular a opinião pública" (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012, p.16).

Nessa perspectiva, considerando ser a QV uma área de conhecimento e pesquisa recente, e que está em processo de construção de conceitos e definição de fronteiras, várias são as definições sobre o termo, porém nem sempre são concordantes, uma vez que, as definições podem ser amplas englobando vários fatores, como restritas dando um enfoque em alguma área específica, entretanto, se faz fortemente presente na concepção do senso comum, a relação de saúde e atividade física com a definição de QV. O termo qualidade está relacionado a forma de estabelecer valores, diz respeito a uma particularidade do objeto que, em primeira análise não o define. A ideia implícita no conceito do termo é a de que se atribui um valor bom ou ruim ao objeto, entretanto, é uma atribuição subjetiva, visto que, o que é considerado bom ou ruim por uma pessoa não o é por outra, ou seja, estabelecer esses valores depende de diferentes referenciais ou pontos de vista (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

De acordo com com Diniz (2013), o termo QV é de complexa conceituação, visto que, cientistas, filósofos, políticos e especialistas de áreas

distintas tentaram e ainda tentam estabelecer consenso em relação a esse conceito.

Considerando que, "a qualidade de vida sempre esteve entre os homens; remete-se ao interesse pela vida", QV não é algo a ser alcançado mediante esforço individual. Se assim considerarmos, é pertinente a observação de que todos os sujeitos possuem QV, contudo, individualmente o que se deseja são bons padrões de qualidade frente às possibilidades (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012, p.18)

" [...] a preocupação com a qualidade de vida é uma questão que não diz respeito somente ao ser individual, mas sim à sociedade como um todo, pois remete a condições de sobrevivência e de conforto de todos os sujeitos. Por isso, é uma questão social que engloba ações de diferentes esferas, desde o Estado até a adoção de práticas saudáveis pelo indivíduo. Porém, o direcionamento dado à utilização desse conceito ocorre de acordo com interesses específicos, carregados de significados e intenções" (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012, p. 36).

O conceito de QV, refere-se a inúmeros campos do conhecimento como as ciências humanas, biológicas, da saúde, social, política e econômica e busca valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, diminuição de mortalidade ou aumento da expectativa de vida numa constante interrelação entre as áreas (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012). A área médica, por exemplo, ao se apropriar do termo, o faz dentro da prática clínica, na qual a partir de um comprometimento físico ou biológico de saúde são indicadas formas de melhorar as condições de vida das pessoas enfermas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Para Rufino Netto (1994) apud Minayo, Hurtz e Buss (2000, p. 08), QV considerada boa ou excelente é

aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes. Falta o esforço de fazer da noção um conceito e torná-lo operativo.

De acordo com o grupo de trabalho sobre QV da OMS (2003),

"A percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".

Minayo, Hartz e Buss (2000, p.08), definem qualidade de vida como sendo

uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Os autores anteriormente citados apresentam uma compreensão social do termo, considerando o bem-estar nas suas características subjetivas, a satisfação nas relações sociais o que depende das experiências, valores e conhecimento individuais numa perspectiva cultural.

A noção eminentemente humana relacionada ao conceito de QV a que se refere os autores, é pautada em aspectos históricos, culturais e as estratificações sociais. Os aspectos históricos estão relacionados ao desenvolvimento econômico, social e tecnológico, assim, para uma determinada sociedade em um determinado período os parâmetros de QV são diferentes da mesma sociedade em outro período histórico. A questão cultural considera as tradições, valores e necessidades construídos. Quanto à estratificação social, tem-se que o entendimento de bem-estar e QV também são estratificados - QV relacionada aos estratos sociais superiores (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Seria, portanto, *qualidade de vida* uma mera representação social? Sim e não. Sim, pelos elementos de subjetividade e de incorporação cultural que contém. Não, porque existem alguns parâmetros materiais na construção desta noção que a tornam também passível de apreciação universal (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 09-10).

De acordo com os mesmos autores, com frequência na área da saúde tem-se afirmado que ter saúde está relacionado a QV e que saúde não consiste apenas na ausência da doença e que essa concepção é um ponto de partida positivo considerando que, os profissionais da área da saúde, tem dificuldades de

construir um significado teórico e epistemológico que não esteja relacionado ao modo biomédico de atenção e que por esse motivo, afirmar que o conceito de saúde deve se aproximar do entendimento de QV manifesta minimamente um "mal-estar" com a concepção reducionista do modo biomédico no qual essas afirmações são vazias de significados (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), tem sido usado como sinônimo de Estado de Saúde Percebido (*Perceived Health Status*), cuja principal preocupação consiste na avaliação do quanto a doença ou estado crônico passam a interferir no cotidiano de um indivíduo para além dos seus sintomas, avaliando o quanto as manifestações da doença são sentidas por ele (CARVALHO, 2010). Dessa forma, é possível diferenciar a definição de QV sob o ponto de vista do senso comum daquela utilizada em estudos clínicos.

Em consonância com Pasqual e Sesso (2013, p.16), a implementação de programas de saúde têm considerado os resultados de avaliações de QVRS, visto que essas avaliações identificam problemas funcionais e emocionais que podem não ser investigados nas avaliações convencionais, "são mais facilmente detectadas as necessidades de recursos de atenção e tomada de decisão clínica no início de tratamentos específicos, como no caso de doenças crônicas".

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a noção de saúde expressa no termo 'QVRS' é funcional e evidencia uma visão medicalizada do tema, visto que corresponde ao seu contrário, ou seja, a doença em causa. Quando analisado de forma mais focalizada, esse termo tende a centralizar a capacidade de viver sem uma doença instalada ou superar as dificuldades em condições de morbidade. "Entretanto, por meio de inúmeros instrumentos de avaliação e práticas clínicas, a QVRS tornou-se um indicador comprovadamente associado a mortalidade, morbidade, número de hospitalizações e custos" (DINIZ, 2013, p.7).

Neste contexto, medir a QV vem se tornando um recurso importante para a avaliação de pacientes, principalmente aqueles com enfermidades crônicas (FLECK et al., 2000). Os instrumentos que se destinam a avaliar a QVRS são classificados como genéricos, específicos ou modulares. Os genéricos têm como vantagens a possibilidade de avaliação simultânea de vários domínios ou questões, podem ser usados em qualquer população e permitem comparações

entre pacientes com diferentes patologias. A grande desvantagem é não demonstrar alterações em determinados aspectos (CICONELLI, 2003). Os instrumentos específicos por sua vez, são aplicados em determinada área de interesse e indicados para um ensaio no qual uma intervenção específica está sendo avaliada, contudo, impossibilita a extrapolação dos dados para outras doenças. Os instrumentos modulares combinam os aspectos dos instrumentos genéricos e específicos da doença em questão, mantendo num módulo de questões aplicáveis a diversas doenças e populações e questões mais relevantes da doença ou tratamento podem ser acrescentadas na avaliação quando necessário (SIQUEIRA, 2005).

Mensurar QV é um trabalho complexo e exige a necessidade de definição clara para cada estudo específico, nesse sentido, os instrumentos para avaliação de QV variam de acordo com a abordagem e objetivos do estudo. A seleção do instrumento precisa levar em consideração o tempo, a variabilidade e a habilidade dos pacientes para responder (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012). Há instrumentos como o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS), para avaliação da QV geral (OMS, 2003), e o Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) para avaliação da QV relacionada à saúde inicialmente desenvolvida por Ware e Sherbourne (1992) e traduzido e adaptado para o português por Ciconelli et al., (1999).

De acordo com Ciconelli et al., (1999), as medidas de avaliação genéricas de QV não são capazes de indicar exatamente o que fazer ao profissional de saúde, porém, demonstram se os indivíduos são capazes de realizar atividades corriqueiras e como eles sentem-se quando as estão praticando. Nesse sentido, aplicações repetidas desse instrumento podem apontar para a melhora ou piora do paciente em diferentes aspectos sendo, portanto, útil para avaliação de determinada intervenção. "O uso de questionários genéricos para avaliação da QV tem sua importância, também por permitir a comparação de patologias entre si" (CICONELLI et al., 1999, p. 144).

O SF-36, consiste em um instrumento genérico de fácil compreensão, do

tipo autoadministrado. Destina-se a mensurar aspectos multidimensionais da saúde, bem como atividades geralmente afetadas por agravos. Por se tratar de um instrumento genérico, tende a fornecer um perfil mais global relacionado às condições funcionais e psicossociais, bem como às expectativas do sujeito em relação à vida (CICONELLI et al., 1999), por esse motivo, o SF-36 foi o instrumento escolhido para estimar a QV dos pacientes renais crônicos em tratamento conservador avaliados nessa pesquisa.

Condé et al. (2010), em estudo que buscou avaliar o declínio cognitivo, depressão e QV em pacientes de diferentes estágios da DRC, demonstraram que pacientes em diálise peritoneal e hemodiálise possuem escores mais baixos de QV no que tange a capacidade funcional e aspectos físicos do que os pacientes em fase pré-dialítica. Peres et al., (2009), em estudo que avaliou QV em pacientes com doença renal crônica em estágio avançado (DRCT) em hemodiálise antes da aplicação de um programa de exercícios físicos, demonstraram que a população em questão apresentou baixos níveis de QV principalmente no que concerne à capacidade funcional, limitações por aspectos físicos, dor corporal, estado geral de saúde e escore de componente físico.

3.5 Ansiedade e depressão

Sentir-se inseguro ou apreensivo diante de uma ameaça ou de um desafio, como uma nova atividade ou experiência social, um exame, uma cirurgia, é considerado normal, comum, possivelmente universal e justificável, até certos limites. Quando esse estado interfere com o bem-estar, com o desempenho ou com funções fisiológicas, como sono ou pressão arterial, ele passa a ser potencialmente prejudicial à saúde, podendo ser relevante do ponto de vista clínico (GENTIL; GENTIL, 2012, p.29).

As condições crônicas são acompanhadas por muitos desafios e perdas e, podem causar limitações funcionais em diferentes domínios levando à depressão e ansiedade (MCDONALD, 2011).

Ansiedade é uma condição afetiva de difícil definição teórica com raízes médicas e filosóficas que deve ser abordada com todo rigor metodológico de modo a evitar os "reducionismos explicativos, mas sem perder de vista a dimensão da prática clínica e do sofrimento concreto dos que a experimentam de

forma excessiva ou inapropriada". A ansiedade vivenciada de forma excessiva é considerada psicopatológica (PEREIRA, 2012, p.03).

Os transtornos de ansiedade incluem os de separação, multismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social, transtorno de pânico, especificador de ataque do pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade induzida por repetir substância/medicamento, transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, outro transtorno de ansiedade especificado e outro transtorno de ansiedade não especificado. Esses transtornos de ansiedade compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Os ataques de pânico se destacam dentro dos transtornos de ansiedade como um tipo particular de resposta ao medo (DSM-V, 2014).

Angústia e ansiedade são consideradas sinônimos que derivam do verbo grego *agkhô*, que por sua vez, dá origem no latim aos termos *ango* e *anxio* cujo significado está relacionado a aperto, constrição física ou tormento. É nessas raízes que surgem os termos técnicos empregados em medicina - angústia e ansiedade (PEREIRA, 2012).

Aubrey Lewis (1960) citado por Gentil e Gentil (2012, p.29), afirma que

"Ansiedade pode ser tecnicamente conceituada como um estado emocional vivenciado com a qualidade subjetiva do medo ou emoção a ele relacionada, desagradável, dirigido para o futuro, desproporcional a uma ameaça reconhecível, com desconforto subjetivo e manifestações somáticas".

A ansiedade para os referidos autores pode tanto ser um sintoma, um transtorno, quanto uma síndrome, dependendo da evolução e das manifestações dessa condição afetiva. Os sinais e sintomas observados em estados ansiosos

podem ser somáticos ou psíquicos.

Os sinais e sintomas somáticos estão relacionados com aumento do tônus autonômico, tendo por consequência alterações respiratórias, cardiovasculares, digestivas, cefaleia, contraturas musculares, tontura, tremores, calafrios e dores tensionais. As apresentações psíquicas se relacionam à insegurança, nervosismo, choro, prejuízos da atenção e concentração, insônia, fadiga, reações de sobressalto, constrição precordial, irritação e pânico, este por sua vez, é definido como um aumento súbito da intensidade da ansiedade. A ansiedade difere do medo pelo fato deste ser considerado uma reação universal diante de pessoa, situação ou objeto que forneça perigo. O medo pode ser classificado em inato ou aprendido, sendo este relacionado, por exemplo, às sensações dolorosas. Quando vivenciado de forma excessiva, o medo passa a ser considerado fobia, na qual é imperativa a necessidade de afastamento do estímulo desencadeante, visto que, a aproximação desse estímulo pode culminar na chamada ansiedade antecipatória. As fobias podem estar relacionadas a objetos, situações sociais, locais, estímulos sensoriais ou ainda a doenças e condições de saúde (GENTIL; GENTIL, 2012).

"Um estado ansioso pode ser secundário ou mesmo confundido com outros problemas de saúde, como hipertireoidismo, tumores produtores de catecolaminas, epilepsia, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, infecções e intoxicações exógenas, uso ou abstinência de substâncias psicoativas lícitas (como cafeína, nicotina, anorexígenos, álcool e depressores do sistema nervoso central) e ilícitas (como psicoestimulantes), entre outros" (GENTIL; GENTIL, 2012, p.32).

Os autores seguem afirmando que os transtornos de ansiedade e depressão são objetos de estudos e controvérsias há décadas, e que essas condições afetivas possuem relações próximas podendo ser "independentes, associadas, ou partes de um *continuum* indivisível".

Em consonância com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM V (2014), os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por

substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida.

O transtorno depressivo maior representa a condição clássica desse grupo de transtornos. Ele é caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure um tempo consideravelmente maior) envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas (DSM-V, 2014).

O diagnóstico baseado em um único episódio é possível, embora o transtorno seja recorrente na maioria dos casos. Atenção especial é dada à diferenciação da tristeza e do luto normais em relação a um episódio depressivo maior. O luto pode induzir grande sofrimento, mas não costuma provocar um episódio de transtorno depressivo maior. Quando ocorrem em conjunto, os sintomas depressivos e o prejuízo funcional tendem a ser mais graves, e o prognóstico é ruim comparado com o luto que não é acompanhado de transtorno depressivo maior. A depressão relacionada ao luto tende a ocorrer em pessoas com outras vulnerabilidades a transtornos depressivos, e a recuperação pode ser facilitada pelo tratamento com antidepressivos (DSM-V, 2014).

Uma forma mais crônica de depressão, o transtorno depressivo persistente (distímia), pode ser diagnosticada quando a perturbação do humor continua por pelo menos dois anos em adultos e um ano em crianças (DSM-V, 2014).

Para Souza et al., (2012), a depressão consiste em um transtorno psiquiátrico que tem por características o humor deprimido e a perda da sensação de prazer nos atos que habitualmente costumam proporcioná-la - anedonia. O impacto populacional da depressão está relacionado à elevada prevalência e o curso crônico e recorrente dessa condição afetiva.

Segundo o DSM-V (2014), a prevalência de 12 meses do transtorno depressivo maior nos Estados Unidos é de aproximadamente 7%, com

acentuadas diferenças por faixa etária, sendo que a prevalência em indivíduos de 18 a 29 anos é três vezes maior do que a prevalência em indivíduos acima dos 60 anos. Pessoas do sexo feminino experimentam índices 1,5 a 3 vezes mais altos do que as do masculino, começando no início da adolescência.

Barros et al., (2011), afirmam que a depressão consiste em uma doença psiquiátrica com frequência estimada em 3% a 5% de ocorrência na população geral e que tende a influenciar negativamente o prognóstico quando associada a outras condições clínicas. Seguem afirmando que a depressão é uma condição afetiva subdiagnosticada mesmo em pacientes com DRC em estágio avançado. Para Souza et al., (2012), apesar de ser uma doença impactante e prevalente médicos não-psiquiatras têm dificuldade de reconhecer e diagnosticar a depressão. Em serviços médicos gerais, 30% a 50% dos pacientes com depressão não recebem o diagnóstico (MOUSSAVI et al., 2007).

Em pacientes internados com qualquer doença física, a prevalência de depressão gira em torno de 22% a 33%. Estima-se que aproximadamente, 80% dos pacientes com depressão recorrente se não tratados, terão um novo episódio ao longo de três anos. O alto grau de incapacitação da depressão tem se assemelhado ao de doenças isquêmicas cardíacas graves (SOUZA et al., 2012).

Estudo realizado por Feng, Yap e Ng (2013), que objetivou investigar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes idosos com DRC, bem como se os sintomas depressivos estão relacionados aos índices de mortalidade, QV evidenciaram que, os sintomas depressivos estavam presentes em 13% dos 362 idosos que participaram do estudo e que a presença de sintomas depressivos estiveram relacionados com o aumento do risco para mortalidade, ou seja, a presença de depressão em pacientes idosos com DRC está associada a pior QV.

Em estudo de meta-análise realizado por Palmer et al., (2013), com objetivo de estimar a prevalência de depressão em pacientes com DRC, evidenciou que houve variação entre os estágios da DRC. A prevalência de sintomas depressivos em pacientes em estágio cinco foi de 22,8% e nos estágios de um a cinco da doença 21,4%, assim, a prevalência de sintomas depressivos em estágios mais avançados da DRC é maior em relação aos estágios iniciais.

No que tange aos sintomas depressivos, estes consistem em uma

alteração psicológica comum associada à doença física, entretanto, na maioria das vezes não é diagnosticada. De acordo com o DSM-V, o indivíduo com diagnóstico de episódio depressivo maior experimenta no mínimo quatro sintomas de uma lista que inclui mudanças no apetite e no peso, alterações nos padrões de sono e no nível de atividade, falta de energia, sentimentos de culpa, dificuldade para pensar e tomar decisões, além de pensamentos recorrentes de morte e suicídio.

A depressão tende a aumentar a dor, reduzir a adesão do paciente ao tratamento e consequentemente afetar o prognóstico clínico. Essa alteração psicológica é um problema frequente em pacientes em TRS (DIEFENTHAELER et al., 2008; BARROS et al., 2011). Para Barros et al., (2011), os sintomas depressivos ou a depressão propriamente dita em pacientes em diálise consiste em fator de risco para mortalidade.

[...] sem o tratamento adequado da depressão há um comprometimento importante da qualidade de vida e da funcionalidade do paciente, a dor crônica torna-se menos responsiva às modalidades terapêuticas habituais e outras comorbidades clínicas têm pior desfecho (MANCINI; FRÁGUAS JÚNIOR, 2012).

Em estudo realizado com o objetivo de avaliar a associação entre depressão e óbito em pacientes em TRS, constatou que aproximadamente 33% dos pacientes em hemodiálise apresentavam algum nível de depressão, e que a presença de sintomas depressivos pode ser um fator de risco independente para óbito de pacientes em hemodiálise crônica e que seria necessária maior investigação sobre o tema (DIEFENTHAELER et al., 2008; CONDÉ et al., 2010).

Considerada a complicação do humor mais comum entre esses pacientes, a depressão geralmente significa uma resposta a alguma perda real ou imaginada, na qual se configuram humor depressivo persistente, autoimagem prejudicada e sentimentos pessimistas, além de queixas fisiológicas, como distúrbio de sono, alterações de apetite e peso, diminuição de interesse sexual, entre outros (FERREIRA; SILVA FILHO, 2011).

A depressão é um fator que ocasiona diminuição na imunidade, nos cuidados pessoais, assim como uma menor aderência ao tratamento, sendo apontada como forte preditor de QV (OLIVEIRA et al., 2008).

Um estudo realizado por Barros et al. (2011), que avaliou ansiedade, depressão e QV em pacientes com glomerulonefrite familiar ou doença renal policística autossômica dominante, mostrou que os escores relacionados a ansiedade e depressão e QV foram mais elevados entre as mulheres. De acordo com Condé et al., (2010), portadores de DRC tendem a apresentar maior prevalência de depressão e declínio cognitivo e menor QV.

Em consonância com Maurer et al., (2008), a depressão e a ansiedade quando não tratada ou tratada de modo inadequado pode apresentar algumas implicações: não adesão ao tratamento, aumento da frequência e tempo de permanência em internações. A não adesão ao tratamento está relacionada a várias barreiras entre paciente e médico que incluem, a falta de conhecimento sobre ansiedade e depressão, bem como, sobre as opções de tratamento e o estigma sobre a doença mental que pode incluir a crença de que a depressão é uma questão pessoal e familiar e por isso não deve ser discutido com os médicos. Além disso, os pacientes podem sentir-se culpados pela sua doença, enfraquecendo ainda mais a sua motivação para busca de diagnóstico e tratamento adequados.

De acordo com Botega et al., (1995), apesar de causarem sofrimento e implicações clínicas, estima-se que um terço dos pacientes acometidos por transtornos de humor não são assim reconhecidos. Além disso sintomas como insônia, fadiga, taquicardia e falta de ar podem decorrer tanto de uma patologia mental quanto orgânica, confundindo o diagnóstico, visto que, pacientes que não se encontram mentalmente enfermos podem apresentar sintomas ocasionados por patologia física.

O manejo adequado dos quadros de depressão e ansiedade em ambientes médicos primários e de especialidade começa com um diagnóstico preciso (MAURER et al., 2008). Exercícios físicos e suporte social vem sendo considerados estratégias para o tratamento da ansiedade e depressão, bem como, para elevar os índices de QV principalmente no que diz respeito a evolução de pacientes com DRC em TRS (PERES, 2009).

O estudo realizado por Duarte, Miyazaki, Blay e Sesso (2009), com objetivo de avaliar a efetividade da terapia cognitivo-comportamental em grupo de

pacientes depressivos com insuficiência renal em estágio avançado, evidenciou que aqueles que receberam atendimento psicológico tiveram melhora significativa dos escores de QVRS, bem como dos sintomas depressivos, o que pode estimular práticas de atendimento psicológico nas unidades de diálise. Dessa forma

[...] ansiedade, depressão e alterações na qualidade de vida devem ser avaliadas no contexto integral de inserção do paciente; [...] A avaliação de ansiedade, depressão e qualidade de vida deveria ser parte das consultas “médicas” rotineiras, com adequado encaminhamento subsequente para profissionais de saúde mental. Espera-se, assim, que o tratamento apropriado das condições psiquiátricas venha a melhorar o bem-estar e a evolução do paciente (BARROS et al., 2011, p.127).

Nessa perspectiva, sugere-se que os transtornos mentais menos graves sejam mensurados com frequência (BOTEGA et al., 1995). A *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS), consiste em um instrumento que avalia ansiedade e depressão sem considerar os sintomas vegetativos. Por essa razão tem sido amplamente utilizada para avaliar transtornos de humor em pacientes com doenças físicas (BOTEGA et al., 1995). Essa escala foi primariamente desenvolvida para ser aplicada em hospital geral a pacientes não psiquiátricos e tem como principais características o fato de não considerar sintomas vegetativos que podem ocorrer em doença física. É uma escala curta e de fácil aplicação além de detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos. "A utilização de um instrumento simples como o HADS poderia revelar casos de transtornos do humor que podem passar despercebidos pela equipe assistencial" (BOTEGA et al., 1995, p.360).

3.6 Enfermagem e o autocuidado na DRC

O processo de educar em saúde, é parte essencial do trabalho de cuidar da enfermagem, pode ser entendido como um diálogo que se trava entre as pessoas com o objetivo de mobilizar forças e motivação para mudanças, seja de comportamento, atitude ou adaptações às novas situações de vida. A educação em saúde é uma das principais funções dos profissionais da enfermagem e uma

área de atuação em que os profissionais da área da saúde de todos os níveis encontram liberdade para lançar mão da criatividade, e capacidade de improvisação (TREZZA; SANTOS; SANTOS, 2007).

Lino et al., (2010), afirmam que a prática educativa em enfermagem é potencializadora da assistência, bem como a responsabilidade individual e coletiva. Nesse sentido, as mudanças que tais práticas permitem podem construir, desconstruir ou reconstruir o Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com os interesses individuais e coletivos, pois, é uma atividade que dependendo da forma como é realizada, interfere na formação de opinião e atitudes dos usuários negativa ou positivamente. Essas ações de mudança implicam na necessidade de profissionais comprometidos com a atenção à saúde, profissionais capazes de compreender os determinantes da saúde, de efetivar práticas em relação à atenção à saúde da população, de articular conhecimentos profissionais, científicos com os saberes populares. Entende-se por autocuidado a prática das atividades realizadas pelo indivíduo em benefício próprio, no intuito de manter a vida, a saúde e o bem-estar (OREM, 1991).

A educação voltada para promoção da saúde tem incontestável importância para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos. Assim, as práticas educativas em saúde podem diminuir, manter ou aumentar o nível de saúde, visto que, resultam de experiências contínuas que acabam por influenciar as decisões dos sujeitos parte desse processo (LINO et al., 2010).

Condições crônicas de saúde requerem do indivíduo, adaptações significativas no que tange ao estilo de vida para manutenção ou melhora do mesmo. Em consonância com a OMS (2003), recomenda-se a educação focada no autocuidado enquanto instrumento para o desenvolvimento de competências e habilidades de cuidado com a própria saúde com a finalidade de fornecer suporte ao aprendizado para viver mais confortavelmente com a enfermidade crônica. Para controlar e prevenir as condições crônicas é essencial aderir a tratamentos de longo prazo e preparar-se para autogerenciar a cronicidade de condição (OMS, 2003).

A HAS e o DM merecem destaque enquanto condição de saúde crônica considerando a elevada incidência, prevalência e complicações importantes

desencadeadoras de níveis variados de incapacidade, incluindo lesão nas estruturas renais culminando com o desenvolvimento de doença renal crônica, um agravo gerador de impacto social e pessoal dos portadores dessa afecção (SAMPAIO; GUEDES, 2012).

O tratamento da DRC em nível ambulatorial tende a reduzir os gastos com TRS por encaminhamento tardio ao especialista ou desconhecimento da doença. Assim, o tratamento conservador da DRC implica na execução de um programa educacional formado por uma equipe multiprofissional voltada para o atendimento integral ao cliente, objetivando mitigar o desconhecimento da população a respeito da doença e estimulando a adesão ao tratamento. Nesse sentido, o enfermeiro enquanto educador e incentivador do autocuidado tem o papel de estimular o paciente a enfrentar as mudanças cotidianas relacionadas à DRC. Considerando esse contexto, o que se espera é um retardo do ingresso dos pacientes em TRS bem como, redução das condições clínicas inadequadas ao início dessa terapêutica. É possível ainda a inferência de que o enfermeiro possui um compromisso social e ético com a sociedade de forma indissociada ao seu papel administrativo, científico e tecnológico (PACHECO; SANTOS; BREGMAN, 2006).

[...] é o enfermeiro quem desenvolve uma atuação mais próxima desses indivíduos, sendo o profissional mais indicado para planejar intervenções educativas junto a eles, no intuito de ajudá-los a sobreviver com a realidade do acometimento da DRC (PACHECO; SANTOS; BREGMAN, 2006, p.435).

Em consonância com Sampaio e Guedes (2012), é papel da enfermagem enquanto profissão facilitadora a implementação de estratégias de promoção e educação em saúde com intuito de fomentar práticas de autocuidado a serem instituídas na busca de melhor qualidade de vida.

Atributos como renda familiar e nível de escolaridade, podem influenciar o entendimento por parte do sujeito sobre a importância do autocuidado, uma vez que, baixa renda associada a um baixo nível de escolaridade estão relacionadas com a preferência pela terapêutica medicamentosa e não preventiva, o que por sua vez, influi diretamente a não adesão ao tratamento conservador que prioriza cuidados preventivos além da terapêutica medicamentosa. Esse contexto ressalta

a importância da abordagem educativa no que tange a esclarecimentos sobre a patologia em questão e adoção de hábitos que promovam saúde. Para tanto, é imperativo que a equipe multiprofissional envolvida no cuidado ao paciente com DRC lance mão de uma linguagem acessível e dialógica, estimulando dessa forma, o interesse e a participação dos pacientes, levando-os a entender seu estado e a conhecer as formas de cuidar de si de acordo com suas possibilidades (PACHECO; SANTOS; BREGMAN, 2006).

Há abundância de estudos que evidenciam a importância dos cuidados ao paciente com DRC em estágio dialítico, ou em casos de transplante renal, porém, são escassos os estudos que descrevem a importância dos cuidados a serem prestados ao paciente com DRC, ou seja, com insuficiência renal irreversível na fase de tratamento conservador. Assim sendo, o desenvolvimento de práticas educativas consistem em um dos principais cuidados dispensados ao cliente com DRC, portanto, o papel do enfermeiro é de grande valia na tentativa de colaborar para uma adaptação a um novo estilo de vida (PACHECO; SANTOS; BREGMAN, 2007).

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, exploratório e observacional, de corte transversal, realizado em 132 pacientes com DRC, que se encontravam sob tratamento conservador no Ambulatório do Curso de Medicina na especialidade de Nefrologia do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) com certificação de hospital de ensino, que é responsável pelo atendimento de pacientes de quatro regionais de saúde, atendendo no ano de 2014 mais de 29.029 pacientes, sendo 356 atendidos no Ambulatório de Nefrologia.

4.1 Proteção aos sujeitos do estudo

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), segundo parecer nº 753.621/2014 e atende aos requisitos fundamentais da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo A). Foram realizados esclarecimentos aos participantes quanto a natureza do estudo, e assegurado sua privacidade durante a entrevista sendo garantido seu anonimato e seu direito de desistir da participação a qualquer momento, sem prejuízo ao seu atendimento e tratamento na instituição em questão.

4.2 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada no período de agosto de 2014 a junho de 2015. A população foi composta de todos os pacientes maiores de 18 anos portadores de DRC e que realizavam tratamento conservador no período da coleta de dados sem o diagnóstico de depressão, que tiveram condições de participar da entrevista e que concordaram formalmente em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Os participantes do estudo foram abordados na sala de espera quanto ao

interesse em participar. Nos casos afirmativos a entrevista foi realizada antes ou depois da consulta, dependendo da disponibilidade do participante. Posteriormente, foi aplicado individualmente um questionário relacionado aos dados sociodemográficos e clínicos (Apêndice A). Os prontuários dos pacientes também foram analisados, sendo coletados, dados referentes à idade, sexo, presença de comorbidades, medicamentos em uso, tempo de tratamento e exames laboratoriais.

Dos 141 pacientes abordados, todos aceitaram fazer parte do estudo, destes, nove foram excluídos por apresentarem diagnóstico prévio de depressão.

4.3 Instrumento para avaliação dos níveis de QV

Para a avaliação da variável QV relacionada à saúde foi utilizado o instrumento SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey*) (Anexo B) em sua versão adaptada para o português por Ciconelliet al., (1999). Trata-se de um questionário multidimensional, composto por 36 itens, que abrange oito componentes ou domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (quatro), dor (dois), estado geral de saúde (cinco), vitalidade (quatro), aspectos sociais (dois), aspectos emocionais (três) saúde mental (cinco) que avaliam a condição de saúde do indivíduo nas últimas quatro semanas.

Os valores de cada um dos domínios são normatizados em uma escala de 0 a 100, cujo maior valor indica melhor função e são apresentadas num escore de componente físico que inclui os domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde e vitalidade; e num escore de componentes mentais que por sua vez inclui os domínios aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental, estado geral de saúde e vitalidade (WARE E SHERBOURNE, 1992; CICONELLI et al.,1999). Foi calculada a mediana dos valores de cada domínio. Os pacientes foram divididos quanto ao sexo tendo seus escores de QV comparados.

Apesar de ser um questionário autoaplicável optou-se por entrevista direta aplicada pela pesquisadora, para que o paciente não tivesse dúvidas no entendimento das questões.

4.4 Instrumento para avaliação dos níveis de ansiedade e depressão

Os níveis ou intensidade de depressão e ansiedade foram analisados por meio da escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Anexo C). Tal escala foi desenvolvida em 1982 na Inglaterra por Zigmond e Snaith, e validada no Brasil por Botega et al., (1995). Contém 14 questões, sendo sete para ansiedade e sete para depressão. Cada item tem um escore de zero a três, onde três representa o estado associado com maior depressão/ansiedade. O instrumento permite classificar os níveis de depressão e ansiedade em normal, leve, moderado ou severo, onde: pacientes com escores entre 0-7 são classificados como "normal", escores entre 8-10 com ansiedade ou depressão "leve", 11-14 como "moderado" e 15-21 como "severo".

4.5 Análise estatística

As informações foram inicialmente compiladas em planilha eletrônica no Programa *Microsoft Excel* 2010®, sendo utilizado o programa R. para a análise estatística. Foram realizadas análises descritivas para as variáveis categóricas e de tendência central (mediana e média) e de variabilidade (desvio-padrão) para as variáveis contínuas. Foram realizados os testes de *Shapiro-Wilk*, para avaliar a normalidade dos dados; qui-quadrado e Exato de Fisher para comparação de variáveis qualitativas; *t-Student* para comparação das médias ou *Wilcoxon*, de acordo com a natureza das variáveis e o teste de correlação de *Spearman*. Foi considerado nível de significância de 5%. A QV foi apresentada em medianas de cada domínio, sendo comparados os pacientes quanto ao sexo. Foram comparadas as variáveis de pacientes com e sem ansiedade e com e sem depressão. Quanto ao estadiamento da DRC, os pacientes foram divididos em dois grupos, grupo A (aqueles com DRC nos estágios de 1 a 3) e grupo B(estágios 4 a 5), que tiveram suas características comparadas. Foram feitas correlações entre QV, ansiedade e depressão.

5. RESULTADOS

Foram avaliados 132 pacientes com idade média de $65,0 \pm 14,0$ anos, variando de 23 a 90 anos, predominando o sexo masculino em 55,3% e a raça branca em 81,8% dos pacientes. O tempo médio de tratamento foi de $56,4 \pm 87,1$ meses. Quanto ao peso, 28,7% apresentaram peso normal, 41,1% apresentaram pré-obesidade, 20,9% obesidade grau I, 7,8% obesidade grau II e 1,6% obesidade grau III. Sobre o estadiamento da DRC observamos que 8,3%, 15,2%, 16,7%, 26,5%, 22,7% e 10,6% dos pacientes estavam nos estádios 1, 2, 3A, 3B, 4 e 5, respectivamente.

Observou-se que 95,5% dos entrevistados apresentavam alguma comorbidade associada à DRC, sendo a HAS a de maior prevalência com 82,6% seguida da dislipidemia em 43,2%, DM em 37,9% e doença cardiovascular em 29,5%. Histórico familiar de DRC foi observado em 14,4% dos entrevistados, sendo que 6,0% relataram histórico familiar de TRS e 4,0% de transplante renal.

Quanto à escolaridade 9,1% não eram alfabetizados, 38,6% não concluíram o ensino fundamental, 15,9% cursaram o ensino médio e 12,9% o ensino superior. No concernente a ocupação, observou-se que 4,0% dos pacientes estavam desempregados, 33,0% inseridos no mercado de trabalho e 63,0% aposentados. Quanto à renda familiar, em 64,4% foi menor que três salários mínimos, em 29,5% de três a seis salários e em 1,5% maior que dez salários mínimos. Chama atenção que 59,8% dos pacientes são os principais provedores da família. Quanto ao estado civil a maioria se declarou casado em 65,9% e pertencente à religião católica em 80,3%.

Quanto aos exames laboratoriais observamos níveis elevados de creatinina e ureia, concordantes com o diagnóstico de DRC e níveis normais de potássio, cálcio, fósforo e hemoglobina normais. Os dados demográfico, clínicos e laboratoriais dos pacientes estão descritos na tabela 1.

Tabela 1. Dados demográficos, clínicos e laboratoriais dos pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do HUOP.

Variáveis	n=132
Idade (média $\pm$ dp)	65 $\pm$ 14,0
Sexo	
M	73 (55,3%)
F	59 (44,7%)
Comorbidades	
HAS	109 (82,6%)
DM	50 (37,9%)
Dislipidemia	57 (43,2%)
Doença cardíaca	39 (29,5%)
Tempo de tratamento (média $\pm$ dp)	56,4 $\pm$ 87,1
Estadiamento da DRC	
1	11 (8,3%)
2	20 (15,2%)
3	57 (43,2%)
4	30 (22,7%)
5	14 (10,6%)
Renda familiar	
<3SM	85 (64,4%)
De 3 a 6	39 (29,5%)
De 6 a 10	6 (5,0%)
>10SM	2 (1,5%)
Escolaridade	
Analfabeto	12 (9,1%)
Ensino Fundamental completo	18 (13,6%)
Ensino Fundamental incompleto	51 (38,6%)
Ensino Médio completo	21 (15,9%)
Ensino Médio incompleto	11 (8,3%)
Ensino Superior completo	17 (12,9%)
Ensino Superior incompleto	2 (1,5%)
Exames laboratoriais (média $\pm$ dp)	
Creatinina (mg/dl)	2,4 $\pm$ 1,5
Ureia (mg/dl)	80,2 $\pm$ 42,0
Potássio (mEq/L)	5,2 $\pm$ 4,2
Cálcio (mg/dl)	9,0 $\pm$ 1,0
Fósforo (mg/dl)	4,0 $\pm$ 1,0
Hemoglobina (g/dl)	13,0 $\pm$ 2,4

DRC: doença renal crônica; HUOP: Hospital Universitário do Oeste do Paraná; dp: desvio padrão; M: masculino; F: feminino; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes mellito; SM: salário mínimo.

Quanto ao conhecimento sobre aspectos da DRC observa-se na tabela 2 que a maioria dos pacientes referiu não ter recebido orientações durante o tratamento sobre as modalidades de TRS, também não souberam definir diálise peritoneal, hemodiálise e o que é uma fístula artério-venosa. Notamos

também que muitos pacientes não entendem que as comorbidades se relacionam com a progressão da DRC, desconhecem a relação da anemia e da doença óssea com a DRC e aproximadamente 60% relataram que a doença tem cura.

Tabela 2. Conhecimento relatado sobre aspectos da DRC por pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do HUOP.

Variáveis	Sim		Não		Não soube	
	N	%	N	%	N	%
Sabe o que é TRS	48	36,4	84	63,6	0	0
Recebeu orientações sobre os tipos de TRS	37	28,0	95	72,0	0	0
Sabe o que é uma FAV	20	15,2	112	84,8	0	0
Sabe para que serve uma FAV	21	15,9	111	84,1	0	0
HAS pode comprometer a função renal	86	65,2	46	35,0	0	0
DM pode comprometer a função renal	85	64,4	27	20,5	20	15,2
Dislipidemia pode comprometer a função renal	54	40,9	51	38,7	27	20,5
Anemia é uma complicação da DRC	69	52,3	44	33,4	19	14,4
Doença óssea é uma complicação da DRC	25	18,9	81	61,4	26	19,7
O tratamento da DRC é pra vida toda	91	68,9	34	25,8	7	5,3
A DRC tem cura	79	59,8	53	40,2	00	00

DRC: doença renal crônica; HUOP: Hospital Universitário do Oeste do Paraná; TRS: terapia renal substitutiva; FAV: fístula artério-venosa; HAS: hipertensão arterial; DM: diabetes mellitus.

Quanto à dependência para as atividades diárias, 86,4% relataram ser independentes, 11,4% parcialmente dependentes e 2,3% totalmente dependentes. Já no que tange à mobilidade corporal 94,7% dos entrevistados deambulam e 5,3% faziam uso de órteses como cadeira de rodas, andador e/ou bengala. Quanto à prática de atividade física, 44,0% o fazem regularmente numa frequência maior que três vezes por semana.

No que concerne à adesão ao tratamento medicamentoso e conhecimento sobre o mesmo, observou-se que 88,6% tomam as medicações nos horários recomendados, 75,0% sabem para que serve cada medicação da qual faz uso, 97,1% acha que o uso adequado das medicações é fundamental para o tratamento e 97% acham que o uso incorreto pode piorar a função renal.

A tabela 3 expõe informações relativas à dieta onde 80,3% relataram ter recebido orientação sobre a dieta a ser seguida, entretanto, 44,0% não conseguiam seguir a dieta recomendada.

Tabela 3. Informação relatada sobre aspectos relacionados à dieta por pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do HUOP.

Variáveis	Sim		Não	
	N	%	N	%
Recebeu orientação sobre dieta a ser seguida?	106	80,3	26	19,7
Recebeu avaliação do nutricionista?	37	28,0	95	72,0
Consegue seguir a dieta recomendada?	74	56,0	58	44,0
Seguir a dieta pode retardar a progressão da doença?	99	75,0	33	25,0
É importante receber orientação sobre a dieta?	106	80,3	26	19,7

DRC: doença renal crônica; HUOP: Hospital Universitário do Oeste do Paraná.

A maioria dos entrevistados (75,8%) respondeu ser importante que outros profissionais da saúde estejam envolvidos no cuidado da DRC além do médico, tais como o enfermeiro (50,8%), o nutricionista (22,7%) e o psicólogo (15,9%), porém, 57,6% relataram que durante o seguimento não foram avaliados por um enfermeiro, o que pode ser justificado pelo acompanhamento ser em nível ambulatorial no qual a presença do enfermeiro ainda é reduzida. Entretanto, 78,0% dos participantes do estudo relataram achar importante o acompanhamento do seu estado de saúde por um enfermeiro.

5.1 Ansiedade

Ansiedade foi observada em 26,5% dos pacientes. Quando comparamos pacientes com e sem ansiedade observamos predominância do sexo feminino (69%) e idade inferior e concentrações menores de hemoglobina no grupo com ansiedade.

Observamos que 10,6% dos entrevistados apresentaram ansiedade leve, 11,4% moderada e 4,5% severa. No que tange às mulheres, 40,7% apresentaram ansiedade, sendo leve em 17,0%, moderada em 18,6% e severa em 5,1%. No que diz respeito aos homens 15,1% apresentaram ansiedade sendo, leve em 5,5%, moderada em 5,5% e severa em 4,1%. Os dados demográficos, clínicos e laboratoriais dos pacientes em função de ter ou não ansiedade são expressos na tabela 4. Não observamos diferença estatisticamente significativa quanto à idade, presença de comorbidades, tempo de tratamento, renda, estadiamento da DRC e demais exames laboratoriais.

Tabela 4. Dados demográficos, clínicos e laboratoriais dos pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do HUOP em função de ter ou não ansiedade.

Variáveis	Sim n=35 (26,5%)	Não n=97 (73,5%)	p - valor
Idade (média $\pm$ dp)	63,5 $\pm$ 16,4	65,3 $\pm$ 13,1	0,728 ^{***}
Sexo			
M	11 (31,0%)	62 (64,0%)	0,007 ^{**}
F	24 (69,0%)	35 (36,1%)	
Comorbidades			
HAS	33 (94,3%)	76 (78,4%)	0,194 ^{**}
DM	13 (37,0%)	37 (38,0%)	0,953 ^{**}
Dislipidemia	17 (49,0%)	40 (41,0%)	0,393 ^{**}
Doença cardíaca	11 (31,0%)	28 (29,0%)	0,625 ^{**}
Tempo de tratamento em meses (média $\pm$ dp)	39,1 $\pm$ 47,1	63 $\pm$ 97	0,709 [*]
Estadiamento da DRC			
1	0 (0,0%)	11 (11%)	0,653 ^{**}
2	5 (14,3%)	15 (15,5%)	
3	16 (46,0%)	41 (42,3%)	
4	10 (29,0%)	20 (21,0%)	
5	4 (11,4%)	10 (10,0%)	
Renda familiar			
<3SM	20 (57,0%)	65 (67,0%)	0,598 ^{**}
De 3 a 6	0 (0,0%)	2 (2,0%)	
De 6 a 10	13 (37,0%)	26 (27,0%)	
>10SM	2 (6,0%)	4 (4,0%)	
Exames laboratoriais (média $\pm$ dp)			
Creatinina (mg/dl)	2,5 $\pm$ 1,7	2,3 $\pm$ 1,5	0,373 [*]
Úreia (mg/dl)	86,2 $\pm$ 46,0	78,1 $\pm$ 40,4	0,186 [*]
Potássio (mEq/L)	5,0 $\pm$ 1,0	5,3 $\pm$ 5,0	0,389 [*]
Cálcio (mg/dl)	9,0 $\pm$ 1,0	9,0 $\pm$ 1,1	0,942 [*]
Fósforo (mg/dl)	4,0 $\pm$ 1,0	4,0 $\pm$ 1,0	0,153 [*]
Hemoglobina (g/dl)	12,0 $\pm$ 2,0	13,0 $\pm$ 2,5	0,021 [*]

DRC: Doença Renal Crônica; HUOP: Hospital Universitário do Oeste do Paraná; dp: Desvio padrão; M: Masculino; F: Feminino; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellito; SM: Salário Mínimo. *Teste Wilcoxon, **Teste qui-quadrado, *** Teste t-Student.

5.2 Depressão

A depressão foi observada em 37,1% dos pacientes. No grupo de pacientes que apresentaram depressão observamos idade superior, maiores concentrações de uréia, menores concentrações de potássio e de hemoglobina ($p < 0,05$).

Observamos que 13,6% dos entrevistados apresentaram depressão leve, 15,2% moderada e 8,3% severa. No que tange às mulheres 38,9% apresentaram depressão, sendo leve em 11,8%, moderada em 16,9% e severa em 10,1%. No que diz respeito aos homens 35,6% apresentaram depressão, sendo leve em 15,0%, moderada em 13,6% e severa em 6,8% dos mesmos.

Os dados demográficos, clínicos e laboratoriais dos pacientes em função de ter ou não depressão são expressos na tabela 5. Não observamos diferença estatisticamente significativa quanto ao sexo, presença de comorbidades, tempo de tratamento, estadiamento da DRC, renda e demais exames laboratoriais.

Tabela 5. Dados demográficos, clínicos e laboratoriais dos pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do HUOP em função de ter ou não depressão.

Variáveis	Sim n=49 (37,1%)	Não n=83 (62,8%)	p - valor
Idade (média ± dp)	69,1 ± 13,2	62,3 ± 14,0	0,0008*
Sexo			
M	26 (53,0%)	47 (57,0%)	0,810**
F	23 (47,0%)	36 (43,4%)	
Comorbidades			
HAS	44 (90,0%)	65 (78,0%)	0,291**
DM	21 (43,0%)	29 (35,0%)	0,571**
Dislipidemia	24 (50,0%)	33 (40,0%)	0,242**
Doença cardíaca	17 (35,0%)	22 (27,0%)	0,337**
Tempo de tratamento em meses (média ± dp)	28 ± 36	72,1 ± 103,4	0,969*
Estadiamento da DRC			
1	2 (4,1%)	9 (11,0%)	0,512**
2	7 (14,3%)	13 (16,0%)	
3	22 (45,0%)	35 (42,2%)	
4	10 (20,0%)	20 (24,1%)	
5	8 (16,0%)	6 (7,2%)	
Renda			
<3SM	37 (76,0%)	48 (58,0%)	0,347**
De 3 a 6	1 (2,0%)	1 (1,2%)	
De 6 a 10	10 (20,0%)	29 (35,0%)	
>10SM	1 (2,0%)	5 (6,0%)	
Exames laboratoriais (média ± dp)			
Creatinina (mg/dl)	3,0 ± 2,0	2,3 ± 1,4	0,248*
Úreia (mg/dl)	93,0 ± 49,4	73,0 ± 35	0,011*
Potássio (mEq/L)	5,0 ± 1,0	5,3 ± 5,2	0,047*
Cálcio (mg/dl)	9,0 ± 1,3	9,1 ± 1,0	0,859*
Fósforo (mg/dl)	4,0 ± 1,0	4,0 ± 1,0	0,330*
Hemoglobina (g/dl)	12,1 ± 2,3	13,0 ± 2,3	0,021*

DRC: Doença Renal Crônica; HUOP: Hospital Universitário do Oeste do Paraná; dp: Desvio padrão; M: Masculino; F: Feminino; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellito; SM: Salário Mínimo. * Teste *Wilcoxon*, ** Teste qui-quadrado.

5.3 Qualidade de Vida

Os escores obtidos utilizando o instrumento SF-36 para análise de QV estão expressos na tabela 6, sendo observados menores medianas nos domínios 'Limitação por aspectos físicos' e 'Estado geral de saúde'.

Tabela 6. Escores obtidos nas dimensões de QV abordados pelo questionário SF-36 aplicado nos pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do HUOP.

Domínios	Mediana (P25 - P75)
Capacidade funcional	60 (30 - 90)
Limitação por aspectos físicos	0 (0 - 100)
Dor	52 (41 - 74)
Estado geral de saúde	37 (25 - 48,25)
Vitalidade	55 (45 - 65)
Aspectos sociais	62,5 (37,5 - 75)
Aspectos emocionais	100 (0 - 100)
Saúde mental	60 (44 - 76)

QV: qualidade de vida; DRC: doença renal crônica; HUOP: Hospital Universitário do Oeste do Paraná; SF-36: *Short Form* - 36. Variáveis expressas como mediana e amplitude interquartil (P25 - P75). * Teste *Wilcoxon*, ** Teste *t-Student*.

Quando avaliamos os escores das dimensões de QV em função do sexo, observa-se que para o sexo masculino os menores escores encontrados foram nos domínios 'Limitação por aspectos físicos' e 'Estado geral de saúde', enquanto que para o sexo feminino os menores escores encontrados foram nos domínios 'Limitação por aspectos físicos', 'Dor' e 'Estado geral de saúde'.

Quando comparamos a QV entre homens e mulheres observamos diferença estatisticamente significativa nos domínios 'Dor' e 'Aspectos sociais', conforme observado na tabela 7.

Tabela 7. Escores obtidos nas dimensões de QV abordados pelo questionário SF-36 aplicado nos pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do HUOP em função do sexo.

Domínios	Mediana (P25 - P75)		p-valor
	M n = 73	F n = 59	
Capacidade funcional	70 (30 - 95)	60 (25 - 80)	0,1215*
Limitação por aspectos físicos	0 (0 - 100)	0 (0 - 100)	0,9793*
Dor	62 (41 - 74)	41 (31 - 62)	0,03762*
Estado geral de saúde	37 (25 - 47)	42 (26 - 49,5)	0,5107*
Vitalidade	60 (45 - 65)	50 (40 - 60)	0,1142*
Aspectos sociais	62,5 (50 - 75)	50 (37,5 - 68,75)	0,03196*
Aspectos emocionais	100 (33,3 - 100)	66,6 (0 - 100)	0,06581*
Saúde mental	64 (44 - 76)	60 (44 - 72)	0,8156**

QV: qualidade de vida; SF-36: *ShotForm* - 36; DRC: doença renal crônica; HUOP: Hospital Universitário do Oeste do Paraná; Variáveis expressas como mediana e amplitude interquartil (P25 - P75). * Teste *Wilcoxon*, ** Teste *t-Student*.

Quando comparamos os pacientes de acordo com o estadiamento da DRC, quanto a QV observamos que no 'Estado geral de saúde' a mediana foi menor no grupo B ($p > 0,05$) não havendo diferença estatisticamente significativa nos demais domínios.

Quanto as demais características quando comparamos idade, sexo, comorbidades, ansiedade e depressão, não observamos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Tabela 8. Comparação dos pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) divididos em dois grupos conforme o estadiamento da DRC (Grupo A: estágios 1 a 3 e Grupo B: estágios 4 a 5).

Variáveis	Grupo A	Grupo B	p-valor
Idade (média $\pm$ dp)	65,2 $\pm$ 14	64,1 $\pm$ 15	0,2893*
Sexo			
M	47 (36%)	26 (20%)	0,6648**
F	41 (31%)	18 (14%)	
Comorbidades			
HAS	75 (57%)	34 (26%)	0,3722**
DM	31 (23,5%)	19 (14,4%)	0,4853**
Dislipidemia	37 (12%)	20 (15,2%)	0,8521**
Doença cardíaca	25 (19%)	14 (11%)	0,8396**
	n=88	n=44	
Ansiedade	27 (31%)	8 (18,2%)	0,1632*
Depressão	32 (36,4%)	17 (39%)	0,283*
QV			
Capacidade funcional	60 (30 - 85)	72,5 (27,5 - 95)	0,8656*
Limitação por aspectos físicos	0 (0 - 75)	12,5 (0 - 100)	0,9421*
Dor	52 (41 - 65)	57 (41 - 74)	0,8741*
Estado geral de saúde	43,5 (27 - 57)	32 (25 - 43,25)	0,008759***
Vitalidade	55 (45 - 65)	60 (40 - 65)	0,5545***
Aspectos sociais	56,25 (37,5 - 75)	62,5 (46,8 - 75)	0,7228*
Aspectos emocionais	83,3 (0 - 100)	100 (33,3 - 100)	0,9614*
Saúde mental	60 (47 - 76)	62 (44 - 69)	0,2312***

DRC: Doença Renal Crônica; HUOP: Hospital Universitário do Oeste do Paraná; dp: Desvio padrão; M: Masculino; F: Feminino; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellito; SM: Salário Mínimo. * Teste *Wilcoxon*, ** Teste qui-quadrado, *** Teste *t-Student*.

Houve correlação positiva entre os níveis de ansiedade e depressão (p-valor 0,0001, R 0,62). Não houve correlação entre ansiedade e os domínios do QV e entre depressão e os domínios do QV.

6. DISCUSSÃO

Neste estudo as características clínicas, sociodemográficas, laboratoriais e aspectos sobre o conhecimento da própria doença e o seu tratamento foram levantados em uma população de pacientes portadores de DRC em tratamento

conservador. Os níveis de ansiedade e depressão foram avaliados pela escala de HADS e os escores de QV determinados pelo SF-36.

A idade média dos pacientes foi de 65 anos, predominando o sexo masculino, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos de pacientes com DRC em TRS e em tratamento conservador (MADEIRO et al., 2010; LEE; KIM; CHO; KIM, 2013; FASSBINDER et al., 2014).

A renda familiar e o baixo nível de escolaridade encontrados nesta pesquisa corrobora com outros estudos (MEDEIROS; SÁ, 2011; VALLE; SOUZA; RIBEIRO, 2013), no qual a maior parte dos pacientes não eram alfabetizados, tinham renda menor que três salários mínimos e eram aposentados. De acordo com os mesmos autores, baixo nível de escolaridade e renda podem influenciar a compreensão sobre diversos aspectos relacionados ao tratamento bem como, dificuldade de acesso à assistência médica. Nesse sentido, a renda familiar associada ao baixo nível de escolaridade relacionam-se a piores condições de vida. A DRC frequentemente promove incapacidade laboral especialmente nos pacientes submetidos à hemodiálise gerando desemprego ou aposentadoria precoce (VALLE; SOUZA; RIBEIRO, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2013), a HAS e o DM são os principais fatores etiológicos da DRC. Nos países desenvolvidos o DM é a principal causa de pacientes em TRS (STASIAK et al., 2014; França et al., 2009). No Brasil, estudo realizado por Peres et al., (2007), mostrou aumento preocupante do DM como causa de DRC em pacientes em TRS.

Segundo Medeiros e Sá (2011), a HAS constitui a principal comorbidade associada à DRC, o que foi também observado na presente pesquisa, seguida pela dislipidemia, DM e doença cardiovascular, sendo importantes fatores de risco de progressão da doença e de mortalidade.

No que tange ao peso, a presente pesquisa identificou que 71,4% apresentaram sobrepeso ou obesidade. Há na literatura estudos que relacionam a obesidade com a DRC em estágio conservador (DE PAULA et al., 2006). Em estudo realizado por Pimenta et al. (2015), foi evidenciado que pacientes sem sobrepeso apresentaram maior QV em comparação com os participantes obesos nos domínios físico e psicológico. De Paula et al., (2006), sugere a obesidade

como fator causal para DRC e que sua importância decorre de sua elevada morbidade, visto que se associa a HAS e ao DM. A obesidade acelera a perda da função renal em portadores de glomerulopatias, além de ocasionar lesão renal.

Quanto aos aspectos relacionados à dieta, evidenciou-se que 72% da população estudada relataram não ter recebido avaliação nutricional e 44% referiram não conseguir seguir a dieta prescrita. De acordo com as diretrizes sobre terapia nutricional para pacientes na fase não-dialítica da DRC proposta pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral e Associação Brasileira de Nutrologia (2011), é frequente a ocorrência de desnutrição nos estágios mais avançados da doença, na qual a redução da ingestão alimentar e dos parâmetros antropométricos estão relacionados com a perda da função renal. Pacientes que não recebem acompanhamento dietético regular e não seguem as orientações prescritas estão mais susceptíveis à desnutrição. Nos estágios mais avançados da DRC ocorrem alterações metabólicas e nutricionais, incluindo hiporexia, vômitos, acúmulo de metabólitos tóxicos, acidose metabólica, resistência à insulina, hiperparatireoidismo secundário e inflamação.

A terapia nutricional na DRC é considerada como um alicerce para o controle da doença no tratamento conservador. Tal manejo consiste em medidas a fim de reduzir a toxicidade causada pela uremia bem como, retardar a progressão da DRC. Dietas hipoproteicas e hipossódicas são as terapias dietéticas mais empregadas para atenuar e/ou retardar os sinais e sintomas da DRC (Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral e Associação Brasileira de Nutrologia, 2011).

Na amostra estudada, verificamos uma alta prevalência de inatividade física (56%). Martínez et al., (2011) observaram uma taxa de inatividade física de 70% em pacientes em TRS. A prática regular de exercícios físicos é de fundamental importância para a manutenção da saúde e QV além de prevenir a ocorrência de várias comorbidades, reduzir a depressão e o isolamento social, em pacientes com DRC em tratamento conservador e em TRS (PERES et al., 2009).

O impacto do diagnóstico da DRC pode levar os indivíduos a redimensionarem o que era vivido anteriormente revisando seu modo de vida e suas relações. Os significados que os pacientes atribuem à DRC e que

perpassam seu imaginário estão relacionados à gravidade da doença, a uma possível TRS, efeitos medicamentosos, alterações nos hábitos alimentares e no convívio social. Dessa forma, frente ao diagnóstico de uma doença crônica e progressiva, há a iminência do medo e insegurança, o que tende a gerar desordens de cunho emocional, pensamentos negativos que quando associados ao aspecto físico impactam na QV desses sujeitos (COUTINHO; COSTA, 2015).

O enfrentamento emocional dos pacientes com DRC pode ocorrer de modo pouco saudável desencadeando sintomas depressivos, ansiedade e impactando diretamente na QV, uma vez que interfere na adesão ao tratamento e nas taxas de morbimortalidade (SILVEIRA et al., 2010; GRINCENKOV et al., 2010). A condição crônica da doença renal é fonte de estresse permanente sendo a perda da capacidade laboral, o isolamento social e a perda da autonomia desfechos possíveis (VALLE; SOUZA; RIBEIRO, 2013).

No que tange a ansiedade 27% dos participantes apresentaram algum nível de ansiedade de acordo com a classificação do HADS. Há carência de dados na literatura acerca da ansiedade em pacientes com DRC em tratamento conservador. No estudo de Stasiak et al., (2014), foi encontrado ansiedade de qualquer intensidade em 11,7% dos pacientes estudados que faziam TRS.

Os sintomas de ansiedade geralmente ocorrem em associação com os sintomas depressivos e devem ser também levados em consideração na avaliação de pacientes com DRC. Neste grupo de pacientes, sintomas de ansiedade estiveram associados a baixa QV e parecem agravar a relação entre esta e os sintomas depressivos. A prevalência de sintomas de ansiedade varia entre 13 e 50% em pacientes em estágios avançados da doença, porém, a prevalência desses sintomas permanece desconhecida em pacientes com DRC nos estágios iniciais. Além disso, não se sabe se os sintomas de ansiedade estão associados a resultados clínicos adversos como hospitalização, início de TRS ou morte. Em comparação com a depressão, há reduzido número de pesquisas que avaliam a influência da ansiedade em pacientes com doença renal, os transtornos de ansiedade tem sido relatados para representar os sintomas depressivos em vez de representar uma condição independente que possa ter alguma influência

no paciente com DRC (MCKERCHER; SANDERSON; JOSÉ, 2013; LOOSMAN et al., 2015).

Quanto aos aspectos depressivos, 37,1% dos participantes apresentaram depressão em algum nível de acordo com a classificação do HADS. De acordo com Coutinho e Costa (2015), em estudo com pacientes em TRS evidenciou-se prevalência de 20% de sintomatologia depressiva em algum nível. Stasiak et al., (2014), evidenciaram em pacientes em TRS, a presença de 14,8% de pacientes com algum nível de depressão. Nesse sentido, o resultado encontrado na presente pesquisa se mostra relevante visto que apresentou maiores escores de depressão ainda no tratamento conservador da DRC.

Estudo realizado por Fan et al., (2014), numa população de 323 pacientes em TRS, considera a depressão comum entre as pessoas com DRC e estima uma prevalência de 21% a 27% em pacientes na fase pré-dialítica e de 23% a 42% em pacientes em TRS nos EUA e Europa. O estudo aponta que a depressão está associada a um aumento do risco de mortalidade nos pacientes com DRC na fase pré-dialítica, sendo que os pacientes em TRS com sintomas depressivos tendem a apresentar maior comprometimento cognitivo, menor adesão às restrições alimentares, menor adesão à terapia medicamentosa e maior risco de hospitalização.

Em revisão de literatura realizada por Taraz, Taraz e Dashti-Khavidaki (2015), a inflamação crônica está associada à maior morbimortalidade dos pacientes com DRC nas fases pré-dialíticas e de TRS, onde concentrações elevadas de proteína C reativa (PCR) e de interleucina 6 (IL-6) são observadas, sendo esta última considerada forte preditor de mortalidade. A resposta inflamatória pode produzir sintomas depressivos numa relação bidirecional.

Nessa perspectiva, considerando os efeitos da depressão na QV, a avaliação da depressão tem sido proposta por centro de serviços médicos dos EUA como um indicador de qualidade do serviço prestado (FAN et al., 2014). Diante do exposto, é possível a inferência de que a depressão quando diagnosticada e tratada na fase pré-dialítica tende a reduzir a hospitalização e mortalidade dos pacientes em TRS.

Há carência de estudos sobre o tratamento da depressão em pacientes nos estágios iniciais da DRC. Um estudo que avaliou a presença de depressão de acordo com a TFG em 3.853 pacientes com DRC não-dialítica estimou que 28,5% deles a apresentavam e mostrou que a redução da TFG a cada 10 ml/min/1,73m² aumenta em 8% a chance do paciente apresentar sintomas depressivos. Portanto, a depressão pode se tornar mais prevalente com a progressão da DRC e se associar com o surgimento de comorbidades (FISCHER et al., 2013; PALMER et al., 2013).

Estudo realizado por Loosman et al., (2015), em uma população de 100 pacientes holandeses com DRC pré-dialítica acompanhados por três anos que, teve por objetivo avaliar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, bem como examinar a associação desses sintomas com evolução clínica adversa sendo esta definida como hospitalização, início de diálise ou morte, demonstrou que 34% da amostra avaliada apresentaram sintomas depressivos e histórico de doença cardiovascular. No que diz respeito à ansiedade, 31% apresentavam os sintomas com predomínio destes em pacientes do sexo feminino. As curvas de sobrevida de Kaplan-Meier mostraram uma incidência cumulativa maior de hospitalização, início de diálise, morte ou evento composto em pacientes com sintomas depressivos ou de ansiedade (MCKERCHER; SANDERSON; JOSÉ, 2013; LOOSMAN et al., 2015).

Estudo que avaliou 200 pacientes com DRC em tratamento conservador que objetivou avaliar a prevalência de depressão e ansiedade, bem como, a relação entre depressão, ansiedade e QV, evidenciou prevalência de depressão e ansiedade de 47,1% e 27,6%, respectivamente, independente do estágio da DRC. Apontam também correlação positiva entre depressão, idade, emprego, renda, escolaridade, presença de comorbidade, menores concentrações de hemoglobina e de albumina e maiores escores de ansiedade e correlação negativa com todos os escores do instrumento utilizado para avaliação de QV. Quanto à ansiedade, houve correlação positiva com menores escores de QV, mas não com fatores socioeconômicos (LEE; KIM; CHO; KIM, 2013).

Observamos na presente pesquisa resultado concordante com o encontrado pelo estudo acima, uma vez que observamos prevalência de 37,1% e

de 26,5% de depressão e ansiedade, respectivamente. Observamos ainda associação entre depressão e idade superior, maiores concentrações de ureia, menores concentrações de potássio e hemoglobina. No que diz respeito à ansiedade encontramos associação com idade inferior, sexo feminino e menores concentrações de hemoglobina. Não encontramos correlação entre os domínios do QV com depressão e ansiedade. Entretanto, assim como no estudo anterior, o presente também encontrou correlação positiva entre depressão e ansiedade.

Em consonância com Fischer et al., (2013), os elevados níveis de sintomas depressivos encontrados em pacientes renais crônicos, devem chamar a atenção da equipe de saúde para uma condição crônica comum que afeta negativamente o tratamento e os resultados dos pacientes que além da DRC apresentam depressão. Nessa perspectiva, os profissionais da área da saúde devem estar especialmente vigilantes para sintomas de depressão nesta população.

No que tange a QV dos pacientes com DRC em tratamento conservador, tem-se que desde a década de 1990 estudos têm evidenciado que a presença de DRC tende a piorar a QV dos pacientes quando comparados com a população em geral. Essa deterioração pode em parte, ser explicada pela etiologia da doença composta predominantemente por HAS e DM, pelas comorbidades associadas e pelas complicações frequentes como anemia e desnutrição. Dessa forma, a dimensão física acaba sendo mais afetada que as dimensões mentais e sociais, considerando a existência de uma associação entre níveis elevados de ansiedade e redução do bem-estar o que afeta a capacidade funcional para as atividades diárias. O comprometimento da dimensão mental tende a ser maior nos pacientes do sexo masculino, em jovens, desempregados, fumantes, divorciados, pacientes obesos, em uso de polifarmácia ou que apresentam alguma comorbidade associada à DRC (COTERA; ALVAREZ, 2008).

Os pacientes na fase pré-dialítica, sofrem de várias comorbidades associadas à doença, tais como anemia, alterações de humor e condições sociais que podem interferir com o tratamento e o seu bem-estar, que, por sua vez, implica negativamente na sua qualidade de vida. Os resultados desta pesquisa indicam que, entre os fatores investigados, os pacientes que se encontravam nos

estágios 4 a 5 da DRC apresentaram pior QV no domínio estado geral de saúde, sendo possível a inferência de que a progressão da DRC está associada com pior QV. Não observamos correlação entre os domínios de QV com ansiedade e depressão.

Uma explicação para os resultados observados neste estudo no que tange a pouca influência do estadiamento da doença na QV, visto que houve significância estatística em apenas um dos oito domínios, e com a ausência de correlação com os níveis de ansiedade e depressão pode ser o número limitado de pacientes em cada estágio da doença.

Na presente pesquisa, os domínios 'limitação por aspectos físicos' e 'estado geral de saúde' foram os que apresentaram maior impacto na avaliação da QV da população estudada. Estes resultados se mostram consistentes com os de estudos anteriores que também mostraram que os aspectos físicos de pacientes com DRC são mais afetados em termos de QV (FASSBINDER et al., 2015; LEMOS; RODRIGUES; VEIGA, 2015).

Os homens apresentaram escores mais elevados em todos os domínios avaliados exceto no 'estado geral de saúde'. Tais resultados podem ser explicados pelo fato de que as mulheres são mais propensas ao desenvolvimento de dor, sintomas depressivos e ansiosos no curso de doenças crônicas (LEMOS; RODRIGUES; VEIGA, 2015).

A QV tem sido considerada um bom indicador de bem-estar físico e psicológico na doença de curso crônico, bem como um forte preditor de adesão ao tratamento, de morbidade e mortalidade na DRC em estágio avançado. Quanto ao bem-estar mental tem-se que, quanto maior o enfrentamento emocional defensivo, maior os sintomas depressivos e pior QV, uma vez que a defesa contra emoções dolorosas impede o processo de luto e dá origem a depressão essencial. Enquanto o luto está relacionado com o trabalho sobre a perda relacionada com a doença como, por exemplo, a perda da autoimagem e da independência e, dessa forma se adaptando a nova situação, a depressão por sua vez reflete a tendência de evitar o enfrentamento defensivo como, por exemplo, a negação da doença o que conduz a uma má adaptação. O enfrentamento emocional defensivo condiciona um aspecto físico ligeiramente

melhor de QV em pacientes em tratamento conservador uma vez que as limitações devido à condição de saúde são fáceis de ignorar nos estágios pré-dialíticos, muito embora, à custa do bem-estar mental (KALTSOUDA et al., 2011).

De acordo com os mesmos autores, esses achados podem ter importantes implicações para o manejo dos pacientes com DRC, considerando que pode ser importante para os profissionais de saúde o entendimento de que os pacientes em estágio pré-dialítico com boa saúde física pode não ter uma boa saúde mental, mas, que a saúde física também pode deteriorar-se quando o enfrentamento defensivo for prolongado, sempre considerando a possibilidade de que a severidade da doença pode influenciar o estilo de enfrentamento ou mudar suas características.

Estudos de coorte prospectivos de larga escala são necessários para esclarecer o impacto dos fatores psicossociais na população com DRC em tratamento conservador, visto que a doença vem se configurando em importante problema de saúde pública, avaliar o papel desses fatores de risco potencialmente modificáveis é de extrema importância. Identificar, implementar e propor intervenções no sentido de retardar a progressão da DRC e melhorar os níveis de QV é, portanto, um desafio (MCKERCHER; SANDERSON; JOSÉ, 2013).

Diante dos resultados encontrados na presente pesquisa, é possível a inferência de que os níveis de depressão e ansiedade nos pacientes com DRC em tratamento conservador são elevados, e os escores relacionados a QV são reduzidos. Dessa forma, diagnóstico e intervenções precoces na depressão e ansiedade são ações importantes, incluindo avaliações precoces da QV e traçando estratégias para melhorá-la.

Esperamos com a presente pesquisa ter contribuído para um maior entendimento de aspectos relacionados aos portadores de DRC em tratamento conservador. Novos estudos avaliando a QV e os níveis de ansiedade e depressão são necessários nesta população, o que pode ocasionar uma melhor abordagem terapêutica.

7. REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 833-40, 2004.

ALMEIDA, M. A. B; GUTIERREZ, G. L; MARQUES, R. Qualidade de vida: Definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP: São Paulo, 2012.

ASAMBLEA GENERAL - NACIONES UNIDAS 19 de mayo de 2011, Seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio - Sexagésimo sexto período de sesiones, Nova York. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles - Informe del Secretario General. Naciones Unidas A/66/83, 2011.

BARROS, B .P et al. Ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com glomerulonefrite familiar ou doença renal policística autossômica dominante. *J Bras Nefrol*. v. 33, n. 2, p. 120-28, 2011.

BASTOS, M. G. Abordagem interdisciplinar no manejo da doença renal crônica. *Jornal Bras Nefrol*. São Paulo, v. 28, n. 3, Supl. 2, p. 36-39, set. 2006.

BASTOS, M. G; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos a diálise. *J Bras Nefrol*, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.

BASTOS, M. G. Biomarcadores de função renal na DRC. In: MABENSUR, H (editor). Biomarcadores de função renal. E-book. Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2011. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/pdf/biomarcadores.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2014.

BERLIM, M.T; FLECK, M.P.A. “Quality of life”: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr*. v.25, n.4, p.249-52, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BOTEGA, N. J et al. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev. Saúde Pública*. v.29, n.5, 1995.

CANHESTRO, M. R et al. Conhecimento de pacientes e familiares sobre a doença renal crônica e seu tratamento conservador. *Rev. Min. Enferm*, v. 14, n. 3, p. 335-44, jul./set. 2010.

CARVALHO, A. R da S. Qualidade de vida relacionada à saúde e adesão ao tratamento de indivíduos em uso de anticoagulação oral: avaliação dos seis primeiros meses de tratamento. USP – Ribeirão Preto [Tese], 2010.

CARVALHO, C.A; SANTOS, F.R. O trabalho de prevenção e promoção da saúde com pacientes renais atendidos por equipe interdisciplinar: desafios e construções. Rev. APS. v. 12, n. 3, p. 311-317, jul-set. 2009.

CASTRO, G. D. Vivências de portadores de doença renal crônica. Santa Maria – RS, s/d.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.

CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. Rev. Bras. Reumatol., v.43, n. 2, p.9-12, 2003.

CONDÉ, S. A de L et al. Declínio cognitivo, depressão e qualidade de vida em pacientes de diferentes estágios da doença renal crônica. J BrasNefrol, v. 32, n. 3, p. 242-48, 2010.

COTERA, F. A. U; ÁLVAREZ, P. Alteraciones psicológicas y de localidad de vida relacionada con la salud en el paciente con enfermedad renal crónica estadios 3-5 (no en diálisis). Nefrología. Supl. 3, p. 57-62, 2008.

COUTINHO, I. H. II. L. S. Estudo de rastreamento precoce da doença renal na população de Palmas-TO: uma aplicação do SCORED comparada aos métodos convencionais. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2011.

COUTINHO, M.P.L; COSTA, F.G. Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. Psicologia & Sociedade, v.27, n.2, p.449-459, 2015.

DE PAULA, R.B. et al. Obesidade e Doença Renal Crônica. J Bras Nefrol.v.28, n.3, set, 2006.

DIEFENTHAELER, E. C. et al. Is depression a risk factor for mortality in chronic hemodialysis patients? RevBras Psiquiatr. v. 30, n. 2, p. 99-103, 2008.

DINIZ, D.P. Qualidade de vida relacionada à saúde e ao trabalho. In: DINIZ, D.P. Guia de qualidade de vida: saúde e trabalho. 2 ed. Barueri-SP: Manole, 2013.

DUARTE, P.S et al. Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. Kidney Int. v.76, n. 4, p.414-21, ago,2009.

FAN, L. et al. Depression and all-cause mortality in hemodialysis patients. *Am J Nephrol.* v.40, p. 12-18, 2014.

FASSBINDER et al. Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise – um estudo transversal. *J. Bras. Nefrol.* v.37, n. 1, p. 47-54, jan-mar, 2015.

FENG, L; YAP, K.B; NG, T.P. Depressive symptoms in older adults with chronic kidney disease: mortality, quality of life outcomes, and correlates. *Am J PsychiatryGeriatr.* v.21, n.6, p.570-9, jan, 2013.

FERREIRA, R. C; SILVA FILHO, C. R. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. *J BrasNefrol.* v.33, n.2, p. 129-135, 2011.

FISCHER, M. J. Factors associated with depressive symptoms and use of antidepressant medications among participants in the chronic renal insufficiency cohort (CRIC) and Hispanic-CRIC studies. *Am J Kidney Dis.* v. 60, n. 1, p. 27-38, July, 2013.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-BREF”. *Rev. Saúde Pública,* v.34, n.2, p.178-83, 2000.

FRANÇA, A.K.T.C et al. Filtração Glomerular e Fatores Associados em Hipertensos Atendidos na Atenção Básica. *Sociedade Brasileira de Cardiologia,* 2009.

GENTIL, V; GENTIL, M. de L. F. G. Os conceitos de ansiedade e a angústia em psiquiatria e psicanálise. In: HETEM, L. A. B; GRAEFF, F. G. *Transtornos de ansiedade.* 2 ed. São Paulo: ATHENEU, 2012, p. 29-41.

GRINCENKOV, F. R. S et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes incidentes em diálise peritoneal no Brasil (BRAZPD). *J BrasNefrol.* v.33, n.1, p. 38-44, 2011.

KALTSOUDA, A et al. Defensive coping and health-related quality of life in chronic kidney disease: a cross-sectional study. *BMC Nephrology.* p. 1-9, 2011.

KIRSZTAJN, G. M et al. Doença renal crônica (Pré-terapia renal substitutiva): Diagnóstico. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Sociedade Brasileira de Urologia. Sociedade Brasileira de Pediatria. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, jun, 2011.

KIRSZTAJN, G.M; et al. Doença renal crônica (Pré-terapia renal substitutiva): tratamento. Projeto Diretrizes. Doença Sociedade Brasileira de Nefrologia. Associação Brasileira de Nutrologia, out, 2011.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C; TAKAYANAGUI, A.M.M. Qualidade de vida – aspectos conceituais. *Revista Salus:Guarapuava-PR*. v.1, n.1, p.13-5, jan-jun, 2007.

LEE, Y. J; KIM, M. S; CHO, S; KIM, S. R. Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. *Int. J Clin Pract*. v. 67, n. 4, p. 363-8, Apr, 2013.

LEMOS, C.F; RODRIGUES, P.M; VEIGA, J. R. P. Family income is associated with quality of life in patients with chronic kidney disease in the pre-dialysis phase: a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*. v. 13, 2015.

LINO, M.M et al. Análise da produção científica dos grupos de pesquisa em educação em enfermagem da região sul do Brasil. *Texto Contexto Enferm: Florianópolis (SC)*, v.19, n.2, p.265-73, abr-jun, 2010.

LOOSMAN, W. L. Association of depressive and anxiety symptoms with adverse events in Dutch chronic kidney disease patients: a prospective cohort study. *BMC Nephrology*. v. 16, sep, 2015.

MADEIRO, A.C et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm*. v.23, n.4, p.546-51, 2010.

MANCINI, R. L; FRÁGUAS JÚNIOR, R. Depressão secundária ao uso de medicamentos utilizados em pacientes com dor. In: SANTOS, D. M; FIGUEIRÓ, J. A. B; FRÁGUAS JÚNIOR, R. Depressão e dor. 2 ed. São Paulo-SP: Atheneu, 2012.

MANSUR, H.N; DAMASCENO, V.O; BASTOS, M.G. Prevalência da fragilidade entre os pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador e em diálise. *J BrasNefrol*. v.34, n.2, p.153-60, 2012.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais[recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MARTÍNEZ, B.B et al. Associação entre exercício físico e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. *RevMed:São Paulo*, v.90, n.1, p.52-7, jan-mar, 2011.

MARTINS, C; CUPPARI, L; AVESANI, C; GUSMÃO MH. Terapia Nutricional para Pacientes na Fase Não-Dialítica da Doença Renal Crônica. Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral. Enteral Associação Brasileira de Nutrologia, jul, 2011.

MAURER, J et al. Anxiety and depression in COPD: Current understanding, unanswered questions and research needs. *National Institutes of Health - NIH Public Access*. 4 Suppl, 43S-56S, oct, 2008.

MCKERCHER, C; SANDERSON, K; JOSE, M.D. Psychosocial factors in people with chronic kidney disease prior to renal replacement therapy. *Nephrology* (Carlton). v.18, n. 9, p. 585-91, sep, 2013.

MEDEIROS, M.C.W.C de; SÁ, M da. P.C de. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. *Rev Rene: Fortaleza*, v.12, n.1, p.65-72, jan/mar, 2011.

MCDONALD, P. E et al. The Effect of Acceptance Training on Psychological and Physical Health Outcomes in Elders with Chronic Conditions. *National Institutes of Health - NIH Public Access. J Natl Black Nurses Assoc.* v. 22, n. 2, p. 11-9, dec, 2011.

MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina (Ribeirão Preto)*. v. 24, n. 2, p.70-7, abr-jun, 1991.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva: Rio de Janeiro*, v. 5, n.1, p. 7-18, 2000.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 24. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050 - Revisão 2008*. Rio de Janeiro, 2008.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Um Panorama da Saúde no Brasil - Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008*. Rio de Janeiro, 2010.

MORTARI, D. M et al. Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica terminal submetidos à hemodiálise. *Scientia Medica (Porto Alegre)*, v. 20, n. 2, p. 156-60, 2010.

MOTA, J. F; NICOLATO, R. Qualidade de vida em sobreviventes de acidente vascular cerebral – instrumentos de avaliação e seus resultados. *J. Bras. Psiquiatr*, v.57, n.2, p.148-156, 2008.

MOUSSAVI, S et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The lancet*. v.370, september, 2007.

NEW, J.P et al. Assessing the prevalence, monitoring and management of chronic kidney disease in patients with diabetes compared with those without diabetes in general practice. *Diabet Med*. v.24, n.4, p.364-9, 2007.

OLIVEIRA, T. F. M et al. Perfil sociodemográfico, eventos de vida e características afetivas de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento por hemodiálise e diálise peritoneal: um estudo descritivo. *Psicólogo in Formação*. n. 12, jan/dez, 2008.

OREM, D.E. *Nursing: concepts of practice*. 4ª edição. St. Louis: MOSBY;1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF): Organização Mundial da Saúde; 2003.

PACHECO G.S; SANTOS, I; BREGMAN, R. Características de clientes com doença renal crônica: evidências para o ensino do autocuidado. *R Enferm UERJ*: Rio de Janeiro. v.14, n.3, p.434-9, jul/set, 2006.

PACHECO G.S; SANTOS, I; BREGMAN, R. Clientes com doença renal crônica: avaliação de enfermagem sobre a competência para o autocuidado. *Esc Anna Nery R Enferm*. v.11, n.1, p.44-51, mar, 2007.

PALMER, S et al. A prevalência de depressão na doença renal crônica: revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais. *Kidney Int*. v.84, n.1, p.179-91, mar, 2013.

PASQUAL, P. S. D; SESSO, R. C. C. Tendências na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. In: DINIZ, D.P. *Guia de qualidade de vida: saúde e trabalho*. 2 ed. Barueri-SP: Manole, 2013.

PECOITS-FILHO, R. Diagnóstico de doença renal crônica: Avaliação da função renal. *J. Bras. Nefrol*. v. 26, n. 3, Suppl 1, p. 4-5, ago, 2004.

PEREIRA, M. G. Transição demográfica e epidemiológica. In: *Epidemiologia: teoria e prática*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, p.157-185.

PEREIRA, M. E. C. Mudanças no conceito de ansiedade. In: HETEM, L. A. B; GRAEFF, F. G. *Transtornos de ansiedade*. 2 ed. São Paulo: ATHENEU, 2012 p. 03-27.

PERES, C. P. A et al. Efeitos de um programa de exercícios físicos em pacientes com doença renal crônica terminal em hemodiálise. *J. Bras. Nefrol*. v. 31, n. 2, p. 105-13, 2009.

PERES, L.A.B et al. Aumento na Prevalência de Diabetes Mellitus Como Causa de Insuficiência Renal Crônica Dialítica – Análise de 20 Anos na Região Oeste do Paraná. *Arq Bras EndocrinolMetab*.v.51, n.1, 2007.

PIMENTA, F.B.C. The relationship between obesity and quality of life in Brazilian adults. *Front. Psychol*. v.14, jul, 2015.

ROMÁN et al. Neurocognitive profile of an adult sample with chronic kidney disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*. v. 17, p. 80-90, 2011.

ROMÃO JUNIOR, J. E. Doença renal crônica: Definição, epidemiologia e classificação. *J. Bras. Nefrol.* v. 26, n. 3, Suppl 1, p. 1-3, ago, 2004.

ROSO, C. C et al. Self-care of renal patients under conservative treatment: an integrative review. *R. Pes.: Cuid. Fundam. Online*, v. 5, n. 5, p. 102-10, Dec. 2013.

SAMPAIO, C DE F; GUEDES, M.V.C. Nursing process as a strategy in the development of competence for self-care. *Acta Paul Enferm.* v.25, n.2, p.96-103, 2012.

SANTOS, F. R. Efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida de pacientes com doença Renal crônica. [Dissertação] (Mestrado em Saúde Brasileira) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2007.

SEGURA, J; CAMPO, C; RUILOPE, L.M. How prevalent and frequent is the presence of mild renal insufficiency in essential hypertension?. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, v.4, n.5, p.332-6, 2002.

SHLIPAK, M.G et al. The presence of frailty in elderly persons with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis.* v.43, p.861-7, 2004.

SILVA, L. S; COTTA, R. M. M; ROSA, C. O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*, v. 34, n. 5, p. 343-50, 2013.

SILVEIRA, C. B et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém – Pará. *J Bras Nefrol.* v.32, p. 1, p.39-44, 2010.

SIQUEIRA, S. M de F. O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionado à saúde de pacientes hipertensos. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

SNAITH R. P, ZIGMOND A. S, The hospital anxiety and depression scale. manual. Ed. Nelson, Great Britain, 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo de diálise - SBN - 2009. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/censo_SBN_2009_final.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2014, 23:15.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo de diálise - SBN - 2010. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/censo_SBN_2010_final.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2014, 21:45.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo de diálise - SBN - 2013. Disponível em: <http://sbn.org.br/pdf/censo_2013_publico_leigo.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2014, 23:25.

SOUZA, B. P. F. et al. Depressão e dor critérios diagnósticos e de avaliação terapêutica. In: SANTOS, D. M; FIGUEIRÓ, J. A. B; FRÁGUAS JÚNIOR, R. Depressão e dor. 2 ed. São Paulo-SP: Atheneu, 2012.

STASIAK, C.E.S et al. Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. J BrasNefrol, v.36, n.3, p.325-31, 2014.

TARAZ, M; TARAZ, S; DASHTI-KHAVIDAKI, S. Association between depression and inflammatory/anti-inflammatory cytokines in chronic kidney disease and end-stage renal disease patients: a review of literature. Hemodial Int. v. 19, n. 1, p. 11-22, Jul, 2015.

TREZZA, M.C.S.F; SANTOS, R.M; SANTOS, J.M. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. Texto Contexto Enferm: Florianópolis (SC), n.16, n.2, p.326-34, abr-jun, 2007.

VALLE, L.S; SOUZA, V.F; RIBEIRO, A.M. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. Estudos de Psicologia I: Campinas I. v.30, n.1 p.131-8, jan-mar, 2013.

WILHELM-LEEN, E.R et al. Frailty and chronic kidney disease: the Third National Health and Nutrition Evaluation Survey. Am J Med. v.7, p.664-71, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.Divisão de saúde mental.Grupo WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998. Porto Alegre - RS, 2003.

8. ARTIGO CIENTÍFICO

**Ansiedade e depressão em pacientes portadores de doença renal crônica
em tratamento conservador**

**Anxiety and depression in patients with chronic renal failure in conservative
treatment**

Halana Batistel Barbosa³

Luis Alberto Batista Peres⁴

Trabalho realizado no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP)

³ Enfermeira do departamento de atenção primária do município de Cascavel. Endereço: Rua Itália nº 108, cep: 85.818-280, Cascavel - PR. Trabalho realizado no Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP. Autora responsável pela correspondência.

⁴ Professor Adjunto de Nefrologia na graduação e pós-graduação da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE e na graduação da Faculdade Assis Gurgacz - FAG.

RESUMO

Introdução. Os pacientes com doença renal crônica (DRC) apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais. Condições crônicas são acompanhadas por muitos desafios e perdas, podendo causar limitações funcionais em diferentes domínios acarretando depressão e ansiedade. **Objetivos.** Avaliar os níveis de ansiedade e depressão em pacientes portadores de DRC em tratamento conservador. Métodos: Estudo de abordagem quantitativa, descritivo, exploratório e observacional, de corte transversal que avaliou 132 pacientes renais crônicos em tratamento conservador. Os dados socioeconômicos, demográficos e laboratoriais foram obtidos utilizando questionário pré estruturado e os níveis ou intensidade de ansiedade e depressão foram determinados pela escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). **Resultados.** Foram avaliados 132 pacientes com idade média de $65,0 \pm 14,0$ anos, predominando o sexo masculino (55,3%) e a raça branca (83,3%). A ansiedade foi observada em 26,5% dos pacientes com predominância do sexo feminino (69%) e a depressão em 37,1% com predomínio do sexo masculino (53%). Houve correlação positiva entre a ansiedade e a depressão. **Conclusão.** Observamos prevalência elevada de ansiedade e depressão na população estudada. Diagnóstico e intervenções precoces na depressão e ansiedade são ações importantes no sentido de traçar estratégias para que essas condições não interfiram na evolução clínica do paciente.

Descritores: insuficiência renal, ansiedade, depressão

Abstract

Introduction. Patients with chronic renal disease (CKD) have limitations in their daily lives and experience numerous losses and biopsychosocial changes. Chronic conditions are accompanied by many challenges and losses and can cause functional limitations in various areas leading to depression and anxiety.

Objectives. To evaluate the levels of anxiety and depression in patients with CKD undergoing conservative treatment. **Methods.** Quantitative approach, descriptive, exploratory, observational, cross-sectional that evaluated 132 chronic renal failure patients under conservative treatment. Socioeconomic, demographic and laboratory data were obtained by applying pre-structured questionnaire and the level or intensity of depression were determined by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Results.** We evaluated 132 patients with a mean age of 65.0 ± 14.0 years, predominantly males (55.3%) and white (83.3%). The anxiety was observed in 26.5% with female predominance (69.0%) and depression in 37.1% with male predominance (53.0%). There was a positive correlation between anxiety and depression. **Conclusion.** We observed high prevalence of anxiety and depression in this population. Early diagnosis and intervention in depression and anxiety are important actions to devise strategies for these conditions do not interfere with clinical outcome.

Key words: chronic renal disease; anxiety; depression.

1. INTRODUÇÃO

As condições crônicas são acompanhadas por muitos desafios e perdas e, podem causar limitações funcionais em diferentes domínios levando à depressão e ansiedade¹.

A ansiedade pode tanto ser um sintoma, um transtorno, quanto uma síndrome, dependendo da evolução e das manifestações dessa condição afetiva. Os sinais e sintomas observados em estados ansiosos podem ser somáticos ou psíquicos².

Os sinais e sintomas somáticos estão relacionados com aumento do tônus autonômico, tendo por consequência alterações respiratórias, cardiovasculares, digestivas, cefaleia, contraturas musculares, tontura, tremores, calafrios e dores tensionais. As apresentações psíquicas se relacionam à insegurança, nervosismo, choro, prejuízos da atenção e concentração, insônia, fadiga, reações de sobressalto, constrição precordial, irritação e pânico, este definido como um aumento súbito da intensidade da ansiedade. As fobias podem estar relacionadas a objetos, situações sociais, locais, estímulos sensoriais ou ainda a doenças e condições de saúde. Os transtornos de ansiedade e depressão são objetos de estudos e controvérsias há décadas, e possuem relações muito próximas².

Considerada a complicação do humor mais comum entre esses pacientes, a depressão geralmente significa uma resposta a alguma perda real ou imaginada, na qual se configuram humor depressivo persistente, autoimagem prejudicada e sentimentos pessimistas, além de queixas fisiológicas, como

distúrbio de sono, alterações de apetite e peso, diminuição de interesse sexual, entre outros³.

A depressão consiste em uma doença psiquiátrica com frequência estimada em 3% a 5% de ocorrência na população geral e que tende a influenciar negativamente o prognóstico quando associada a outras condições clínicas. A depressão é uma condição afetiva subdiagnosticada mesmo em pacientes com DRC em estágio avançado⁴. Apesar de ser uma doença impactante e prevalente médicos não-psiquiatras têm dificuldade de reconhecer e diagnosticar a depressão⁵. Em serviços médicos gerais, 30% a 50% dos pacientes com depressão não recebem o diagnóstico⁶.

Estima-se que aproximadamente, 80% dos pacientes com depressão recorrente se não tratados, terão um novo episódio ao longo de três anos. O alto grau de incapacitação da depressão tem se assemelhado ao de doenças isquêmicas cardíacas graves⁵.

Estudo realizado com objetivo de investigar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes idosos com DRC, e se os sintomas depressivos estão relacionados aos índices de mortalidade, evidenciaram que, os sintomas depressivos estavam presentes em 13% dos 362 idosos e que a presença de sintomas depressivos estiveram relacionados com o aumento do risco para mortalidade⁷.

Metanálise realizada com objetivo de estimar a prevalência de depressão em pacientes com DRC evidenciou que houve variação entre os estágios da DRC. A prevalência de sintomas depressivos em pacientes em estágio cinco foi de 22,8% e nos estágios de um a cinco da doença 21,4%, assim, a prevalência de

sintomas depressivos em estágios mais avançados da DRC é maior em relação aos estágios iniciais⁸.

No que tange aos sintomas depressivos, o indivíduo com diagnóstico de episódio depressivo maior experimenta no mínimo quatro sintomas de uma lista que inclui mudanças no apetite e no peso, alterações nos padrões de sono e no nível de atividade, falta de energia, sentimentos de culpa, dificuldade para pensar e tomar decisões, além de pensamentos recorrentes de morte e suicídio⁹.

A depressão tende a aumentar a dor, reduzir a adesão do paciente ao tratamento e consequentemente afetar o prognóstico clínico. Essa alteração psicológica é um problema frequente em pacientes em terapia renal substitutiva (TRS)^{10,4}. Os sintomas depressivos ou a depressão propriamente dita em pacientes em diálise consiste em fator de risco para mortalidade⁴.

Apesar de causarem sofrimento e implicações clínicas, estima-se que um terço dos pacientes acometidos por transtornos de humor não são assim reconhecidos. Além disso sintomas como insônia, fadiga, taquicardia e falta de ar podem decorrer tanto de uma patologia mental quanto orgânica, confundindo o diagnóstico, visto que, pacientes que não se encontram mentalmente enfermos podem apresentar sintomas ocasionados por patologia física¹¹.

O manejo adequado dos quadros de depressão e ansiedade em ambientes médicos primários e de especialidade começa com um diagnóstico preciso¹². Exercícios físicos e suporte social vem sendo considerados estratégias para o tratamento da ansiedade e depressão, principalmente no que diz respeito a evolução de pacientes com DRC em TRS¹³.

O estudo realizado com objetivo de avaliar a efetividade da terapia

cognitivo-comportamental em um grupo de pacientes depressivos com insuficiência renal em estágio avançado, evidenciou que aqueles que receberam atendimento psicológico tiveram melhora significativa dos sintomas depressivos, o que pode estimular práticas de atendimento psicológico nas unidades de diálise¹⁴.

A avaliação de variáveis como ansiedade e depressão, permite aos profissionais da área da saúde a reestruturação da sua prática, avaliando o paciente com DRC em tratamento conservador para além do plano patológico, no qual se trata apenas a doença, possibilitando uma assistência holística e humanizada que considera a história de vida do paciente como fator de impacto positivo ou negativo na eficácia da proposta terapêutica, bem como na adesão ao tratamento. Permite ainda avaliar a qualidade da assistência prestada e adequá-la, sempre que necessário, pelos profissionais da área da saúde.

Os objetivos do presente trabalho foram avaliar os níveis de ansiedade e depressão em pacientes portadores de DRC em tratamento conservador.

2. METODOLOGIA

Estudo de abordagem quantitativa, descritivo, exploratório e observacional, de corte transversal, realizado com 132 pacientes com DRC em tratamento conservador no Ambulatório do Curso de Medicina na especialidade de Nefrologia do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) com certificação de hospital de ensino, que é responsável pelo atendimento de pacientes de quatro regionais de saúde, atendendo no ano de 2014 29.029 pacientes, sendo 356 atendidos no Ambulatório de Nefrologia.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), segundo parecer nº 753.621/2014 e atende aos requisitos fundamentais da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁵. Foram realizados esclarecimentos aos participantes quanto a natureza do estudo, e assegurado sua privacidade durante a entrevista sendo garantido seu anonimato e seu direito de desistir da participação a qualquer momento, sem prejuízo ao seu atendimento e tratamento na instituição em questão.

A coleta dos dados foi realizada no período de agosto de 2014 a junho de 2015. A população foi composta de todos os pacientes maiores de 18 anos portadores de DRC e que realizavam tratamento conservador no período da coleta de dados sem o diagnóstico prévio de depressão, que tiveram condições de participar da entrevista e que concordaram formalmente em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os participantes do estudo foram abordados na sala de espera quanto ao

interesse em participar. Nos casos afirmativos a entrevista foi realizada antes ou depois da consulta, dependendo da disponibilidade do participante. Posteriormente, foi aplicado individualmente um questionário relacionado aos dados sociodemográficos e clínicos. Os prontuários dos pacientes também foram analisados, tendo sido coletados dados referentes à idade, sexo, presença de comorbidades, medicamentos em uso, tempo de tratamento e exames laboratoriais.

Dos 141 pacientes abordados, todos aceitaram fazer parte do estudo, destes, nove foram excluídos por apresentarem diagnóstico prévio de depressão.

2.1 Instrumento para avaliação dos níveis de ansiedade e depressão

Os níveis ou intensidade de depressão e ansiedade foram analisados por meio da escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Tal escala foi desenvolvida em 1982 na Inglaterra por Zigmond e Snaith, e validada no Brasil¹¹. Contém 14 questões, sendo sete para ansiedade e sete para depressão. Cada item tem um escore de zero a três, onde três representa o estado associado com maior depressão/ansiedade. O instrumento permite classificar os níveis de depressão e ansiedade em normal, leve, moderado ou severo, (escores 0-7; 8-10; 11-14 e 15-21 respectivamente).

2.2 Análise estatística

As informações foram inicialmente compiladas em planilha eletrônica no

Programa *Microsoft Excel* 2010®, sendo utilizado o programa R. para a análise estatística. Foram realizadas análises descritivas para as variáveis categóricas e de tendência central (mediana e média) e de variabilidade (desvio-padrão) para as variáveis contínuas. Foram realizados os testes de *Shapiro-Wilk*, para avaliar a normalidade dos dados; qui-quadrado e Exato de Fisher para comparação de variáveis qualitativas; t-*Student* para comparação das médias ou *Wilcoxon*, de acordo com a natureza das variáveis e o teste de correlação de *Spearman*. Foi considerado nível de significância de 5%. Foram comparadas as variáveis de pacientes com e sem ansiedade e com e sem depressão.

3. RESULTADOS

Foram avaliados 132 pacientes com idade média de $65,0 \pm 14,0$ anos, variando de 23 a 90 anos, predominando o sexo masculino em 55,3% e a raça branca em 81,8% dos pacientes. O tempo médio de tratamento foi de $56,4 \pm 87,1$ meses. Quanto ao peso, 28,7% apresentaram peso normal, 41,1% apresentaram pré-obesidade, 20,9% obesidade grau I, 7,8% obesidade grau II e 1,6% obesidade grau III. Sobre o estadiamento da DRC observamos que 8,3%, 15,2%, 16,7%, 26,5%, 22,7% e 10,6% dos pacientes estavam nos estádios 1, 2, 3A, 3B, 4 e 5, respectivamente.

Dados sociodemográficos e clínicos estão descritos na tabela 1. Observou-se que 95,5% dos entrevistados apresentavam alguma comorbidade associada à DRC, sendo a HAS a de maior prevalência com 82,6% seguida da dislipidemia em 43,2%, DM em 37,9% e doença cardiovascular em 29,5%.

Quanto à escolaridade 9,1% não eram alfabetizados, 38,6% não concluíram o ensino fundamental, 15,9% cursaram o ensino médio e 12,9% o ensino superior. No concernente a ocupação, observou-se que 4,0% dos pacientes estavam desempregados, 33,0% inseridos no mercado de trabalho e 63,0% aposentados. Quanto à renda familiar, em 64,4% foi menor que três salários mínimos, em 29,5% de três a seis salários e em 1,5% maior que dez salários mínimos. Chama atenção que 59,8% dos pacientes são os principais provedores da família. Quanto ao estado civil a maioria se declarou em união estável (65,9%) e pertencente à religião católica em 80,3%.

A ansiedade foi observada em 26,5% dos pacientes. Quando

comparamos pacientes com e sem ansiedade observamos predominância do sexo feminino (69%) e idade inferior e concentrações menores de hemoglobina no grupo com ansiedade.

Observamos que 10,6% dos entrevistados apresentaram ansiedade leve, 11,4% moderada e 4,5% severa. No que tange às mulheres, 40,7% apresentaram ansiedade, sendo leve em 17,0%, moderada em 18,6% e severa em 5,1% das pacientes. No que diz respeito aos homens 15,1% apresentaram ansiedade sendo, leve em 5,5%, moderada em 5,5% e severa em 4,1% deles. Os dados demográficos, clínicos e laboratoriais dos pacientes em função de ter ou não ansiedade são expressos na tabela 2. Não observamos diferença estatisticamente significativa quanto à idade, presença de comorbidades, tempo de tratamento, renda, estadiamento da DRC e demais exames laboratoriais.

Tabela 1. Dados demográficos, clínicos e laboratoriais dos pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do HUOP.

Variáveis	n=132
Idade (média ± dp)	65 ± 14,0
Sexo	
M	73 (55,3%)
F	59 (44,7%)
Comorbidades	
HAS	109 (82,6%)
DM	50 (37,9%)
Dislipidemia	57 (43,2%)
Doença cardíaca	39 (29,5%)
Tempo de tratamento (média ± dp)	56,4 ± 87,1
Estadiamento da DRC	
1	11 (8,3%)
2	20 (15,2%)
3	57 (43,2%)
4	30 (22,7%)
5	14 (10,6%)
Renda familiar	
<3SM	85 (64,4%)
De 3 a 6	39 (29,5%)
De 6 a 10	6 (5,0%)
>10SM	2 (1,5%)
Escolaridade	
Analfabeto	12 (9,1%)
Ensino Fundamental completo	18 (13,6%)
Ensino Fundamental incompleto	51 (38,6%)
Ensino Médio completo	21 (15,9%)
Ensino Médio incompleto	11 (8,3%)
Ensino Superior completo	17 (12,9%)
Ensino Superior incompleto	2 (1,5%)
Exames laboratoriais (média ± dp)	
Creatinina (mg/dl)	2,4 ± 1,5
Ureia (mg/dl)	80,2 ± 42,0
Potássio (mEq/L)	5,2 ± 4,2
Cálcio (mg/dl)	9,0 ± 1,0
Fósforo (mg/dl)	4,0 ± 1,0
Hemoglobina (g/dl)	13,0 ± 2,4

DRC: doença renal crônica; HUOP: Hospital Universitário do Oeste do Paraná; dp: desvio padrão; M: masculino; F: feminino; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes mellito; SM: salário mínimo.

Tabela 2. Dados demográficos, clínicos e laboratoriais dos pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do HUOP em função de ter ou não ansiedade.

Variáveis	Sim n=35 (26,5%)	Não n=97 (73,5%)	p - valor
Idade (média ± dp)	63,5 ± 16,4	65,3 ± 13,1	0,728 ^{***}
Sexo			
M	11 (31,0%)	62 (64,0%)	0,007 ^{**}
F	24 (69,0%)	35 (36,1%)	
Comorbidades			
HAS	33 (94,3%)	76 (78,4%)	0,194 ^{**}
DM	13 (37,0%)	37 (38,0%)	0,953 ^{**}
Dislipidemia	17 (49,0%)	40 (41,0%)	0,393 ^{**}
Doença cardíaca	11 (31,0%)	28 (29,0%)	0,625 ^{**}
Tempo de tratamento em meses (média ± dp)	39,1 ± 47,1	63 ± 97	0,709 [*]
Estadiamento da DRC			
1	0 (0,0%)	11 (11%)	0,653 ^{**}
2	5 (14,3%)	15 (15,5%)	
3	16 (46,0%)	41 (42,3%)	
4	10 (29,0%)	20 (21,0%)	
5	4 (11,4%)	10 (10,0%)	
Renda familiar			
<3SM	20 (57,0%)	65 (67,0%)	0,598 ^{**}
De 3 a 6	0 (0,0%)	2 (2,0%)	
De 6 a 10	13 (37,0%)	26 (27,0%)	
>10SM	2 (6,0%)	4 (4,0%)	
Exames laboratoriais (média ± dp)			
Creatinina (mg/dl)	2,5 ± 1,7	2,3 ± 1,5	0,373 [*]
Úreia (mg/dl)	86,2 ± 46,0	78,1 ± 40,4	0,186 [*]
Potássio (mEq/L)	5,0 ± 1,0	5,3 ± 5,0	0,389 [*]
Cálcio (mg/dl)	9,0 ± 1,0	9,0 ± 1,1	0,942 [*]
Fósforo (mg/dl)	4,0 ± 1,0	4,0 ± 1,0	0,153 [*]
Hemoglobina (g/dl)	12,0 ± 2,0	13,0 ± 2,5	0,021 [*]

DRC: Doença Renal Crônica; HUOP: Hospital Universitário do Oeste do Paraná; dp: Desvio padrão; M: Masculino; F: Feminino; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellito; SM: Salário Mínimo. *Teste *Wilcoxon*, **Teste qui-quadrado, *** Teste *t-Student*.

A depressão foi observada em 37,1% dos pacientes. No grupo de pacientes que apresentaram depressão observamos idade superior, maiores concentrações de uréia e menores concentrações de potássio e de hemoglobina ($p < 0,05$).

Observamos que 13,6% dos entrevistados apresentaram depressão leve,

15,2% moderada e 8,3% severa. No que tange às mulheres 38,9% apresentaram depressão, sendo leve em 11,8%, moderada em 16,9% e severa em 10,1% delas. No que diz respeito aos homens 35,6% apresentaram depressão, sendo leve em 15,0%, moderada em 13,6% e severa em 6,8% dos pacientes.

Os dados demográficos, clínicos e laboratoriais dos pacientes em função de ter ou não depressão são expressos na tabela 3. Não observamos diferença estatisticamente significativa quanto ao sexo, presença de comorbidades, tempo de tratamento, estadiamento da DRC, renda e demais exames laboratoriais.

Tabela 3. Dados demográficos, clínicos e laboratoriais dos pacientes atendidos no Ambulatório de DRC do HUOP em função de ter ou não depressão.

Variáveis	Sim n=49 (37,1%)	Não n=83 (62,8%)	p - valor
Idade (média ± dp)	69,1 ± 13,2	62,3 ± 14,0	0,0008*
Sexo			
M	26 (53,0%)	47 (57,0%)	0,810**
F	23 (47,0%)	36 (43,4%)	
Comorbidades			
HAS	44 (90,0%)	65 (78,0%)	0,291**
DM	21 (43,0%)	29 (35,0%)	0,571**
Dislipidemia	24 (50,0%)	33 (40,0%)	0,242**
Doença cardíaca	17 (35,0%)	22 (27,0%)	0,337**
Tempo de tratamento em meses (média ± dp)	28 ± 36	72,1 ± 103,4	0,969*
Estadiamento da DRC			
1	2 (4,1%)	9 (11,0%)	0,512**
2	7 (14,3%)	13 (16,0%)	
3	22 (45,0%)	35 (42,2%)	
4	10 (20,0%)	20 (24,1%)	
5	8 (16,0%)	6 (7,2%)	
Renda			
<3SM	37 (76,0%)	48 (58,0%)	0,347**
De 3 a 6	1 (2,0%)	1 (1,2%)	
De 6 a 10	10 (20,0%)	29 (35,0%)	
>10SM	1 (2,0%)	5 (6,0%)	
Exames laboratoriais (média ± dp)			
Creatinina (mg/dl)	3,0 ± 2,0	2,3 ± 1,4	0,248*
Úreia (mg/dl)	93,0 ± 49,4	73,0 ± 35	0,011*
Potássio (mEq/L)	5,0 ± 1,0	5,3 ± 5,2	0,047*
Cálcio (mg/dl)	9,0 ± 1,3	9,1 ± 1,0	0,859*
Fósforo (mg/dl)	4,0 ± 1,0	4,0 ± 1,0	0,330*
Hemoglobina (g/dl)	12,1 ± 2,3	13,0 ± 2,3	0,021*

DRC: Doença Renal Crônica; HUOP: Hospital Universitário do Oeste do Paraná; dp: Desvio padrão; M: Masculino; F: Feminino; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellito; SM: Salário Mínimo. * Teste *Wilcoxon*, ** Teste qui-quadrado.

4. DISCUSSÃO

A idade média dos pacientes foi de 65 anos, predominando o sexo masculino, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos de pacientes com DRC em TRS e em tratamento conservador¹⁶⁻¹⁸.

O impacto do diagnóstico da DRC pode levar os indivíduos a redimensionarem o que era vivido anteriormente revisando seu modo de vida e suas relações. Os significados que os pacientes atribuem à DRC e que perpassam seu imaginário estão relacionados à gravidade da doença, a uma possível TRS, efeitos medicamentosos, alterações nos hábitos alimentares e no convívio social. Dessa forma, frente ao diagnóstico de uma doença crônica e progressiva, há a iminência do medo e insegurança, o que tende a gerar desordens de cunho emocional e pensamentos negativos¹⁹.

A condição crônica da doença renal é fonte de estresse permanente sendo a perda da capacidade laboral, o isolamento social e a perda da autonomia alguns desfechos possíveis²⁰.

No que tange a ansiedade 27% dos participantes apresentaram algum nível de ansiedade de acordo com a classificação do HADS. Há carência de dados na literatura acerca da ansiedade em pacientes com DRC em tratamento conservador. Em estudo de foi encontrado ansiedade de qualquer intensidade em 11,7% dos pacientes estudados que faziam TRS²¹.

Os sintomas de ansiedade geralmente ocorrem em associação com os sintomas depressivos e devem ser também levados em consideração na avaliação de pacientes com DRC. A prevalência de sintomas de ansiedade varia

entre 13 e 50% em pacientes em estágios avançados da doença, porém, a prevalência desses sintomas permanece desconhecida em pacientes com DRC nos estágios iniciais. Além disso, não se sabe se os sintomas de ansiedade estão associados a resultados clínicos adversos como hospitalização, início de TRS ou morte. Em comparação com a depressão, há reduzido número de pesquisas que avaliam a influência da ansiedade em pacientes com doença renal. Os transtornos de ansiedade tem sido relatados para representar os sintomas depressivos em vez de representar uma condição independente que possa ter alguma influência no paciente com DRC^{22,23}.

Quanto aos aspectos depressivos, 37,1% dos participantes apresentaram depressão em algum nível de acordo com a classificação do HADS. Em estudo com pacientes em TRS evidenciou-se prevalência de 20% de sintomatologia depressiva em algum nível¹⁹. Outro estudo evidenciou a presença de depressão em 14,8% dos pacientes que se encontravam em TRS²¹. Nesse sentido, o resultado encontrado na presente pesquisa se mostra relevante visto que apresentou maiores escores de depressão ainda no tratamento conservador da DRC.

Estudo realizado numa população de 323 pacientes em TRS, considera a depressão comum entre as pessoas com DRC e estima uma prevalência de 21% a 27% em pacientes na fase pré-dialítica e de 23% a 42% em pacientes em TRS nos EUA e Europa. O estudo aponta que a depressão está associada a um aumento do risco de mortalidade nos pacientes com DRC na fase pré-dialítica²⁴.

A inflamação crônica está associada à maior morbimortalidade dos pacientes com DRC nas fases pré-dialíticas e de TRS, onde concentrações

elevadas de proteína C reativa (PCR) e de interleucina 6 (IL-6) são observadas, sendo esta última considerada forte preditor de mortalidade. A resposta inflamatória pode produzir sintomas depressivos numa relação bidirecional²⁵.

Um estudo que avaliou a presença de depressão de acordo com a taxa de filtração glomerular (TFG) em 3.853 pacientes com DRC não-dialítica estimou que 28,5% deles a apresentavam e mostrou que a redução da TFG a cada 10 ml/min/1,73m² aumenta em 8% a chance do paciente apresentar sintomas depressivos. Portanto, a depressão pode se tornar mais prevalente com a progressão da DRC e se associar com o surgimento de comorbidades^{26,8}.

Estudo realizado em uma população de 100 pacientes holandeses com DRC pré-dialítica acompanhados por três anos que, teve por objetivo avaliar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, bem como examinar a associação desses sintomas com evolução clínica adversa sendo esta definida como hospitalização, início de diálise ou morte, demonstrou que 34% da amostra avaliada apresentou sintomas depressivos e histórico de doença cardiovascular²³. No que diz respeito à ansiedade, 31% apresentavam os sintomas com predomínio destes em pacientes do sexo feminino. As curvas de sobrevida de Kaplan-Meier mostraram uma incidência cumulativa maior de hospitalização, início de diálise, morte ou evento composto em pacientes com sintomas depressivos ou de ansiedade^{22,23}.

Estudo que avaliou 200 pacientes com DRC em tratamento conservador que objetivou avaliar a prevalência de depressão e ansiedade, estimou que essas condições afetivas estão presentes em 47,1% e 27,6% dos pacientes respectivamente, independente do estágio da DRC. Apontam também correlação

positiva entre depressão, idade, emprego, renda, escolaridade, presença de comorbidade, menores concentrações de hemoglobina e de albumina e maiores escores de ansiedade¹⁷.

Observamos na presente pesquisa resultado concordante com o encontrado pelo estudo acima, uma vez que observamos prevalência de 37,1% e de 26,5% de depressão e ansiedade, respectivamente. Observamos ainda associação entre depressão e idade superior, maiores concentrações de ureia, menores concentrações de potássio e hemoglobina. No que diz respeito à ansiedade encontramos associação com idade inferior, sexo feminino e menores concentrações de hemoglobina. Assim como no estudo anterior, o presente também encontrou correlação positiva entre depressão e ansiedade.

Os elevados níveis de sintomas depressivos encontrados em pacientes renais crônicos devem chamar a atenção da equipe de saúde para uma condição crônica comum que afeta negativamente o tratamento e os resultados dos pacientes que além da DRC apresentam depressão. Nessa perspectiva, os profissionais da área da saúde devem estar especialmente vigilantes para sintomas de depressão nesta população²⁶.

Estudos de coorte prospectivos de larga escala são necessários para esclarecer o impacto dos fatores psicossociais na população com DRC em tratamento conservador, visto que a doença vem se configurando em importante problema de saúde pública. Avaliar o papel desses fatores de risco potencialmente modificáveis é de extrema importância²².

Diante dos resultados encontrados na presente pesquisa, é possível a inferência de que os níveis de depressão e ansiedade nos pacientes com DRC

em tratamento conservador são elevados, dessa forma, diagnóstico e intervenções precoces na ansiedade e depressão são ações importantes, incluindo avaliações precoces e traçando estratégias para intervir positivamente nessas condições afetivas.

Esperamos com a presente pesquisa ter contribuído para um maior entendimento de aspectos relacionados aos portadores de DRC em tratamento conservador. Novos estudos avaliando níveis de ansiedade e de depressão são necessários nesta população, o que pode ocasionar uma melhor abordagem terapêutica.

5. REFERÊNCIAS

- 1 McDonald PE, Zauszniewski JA, Harvey KH et al. The Effect of Acceptance Training on Psychological and Physical Health Outcomes in Elders with Chronic Conditions. National Institutes of Health - NIH Public Access. J Natl Black Nurses Assoc. 2011;22:11-9.
- 2 Gentil V, Gentil MLFG. Os conceitos de ansiedade e a angústia em psiquiatria e psicanálise. In: Hetem LAB, Graeff FG. Transtornos de ansiedade. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 29-41.
- 3 Ferreira RC, Silva Filho CR. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. J Bras Nefrol 2011;33:129-135.
- 4 Barros BP, Nishiura JL, Heilberg IP et al. Ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com glomerulonefrite familiar ou doença renal policística autossômica dominante. J Bras Nefrol 2011;33:120-28.
- 5 Souza BPF, Fráguas R, Santos DM, Figueiró JAB. Depressão e dor critérios diagnósticos e de avaliação terapêutica. In: Santos DM, Figueiró JAB, Fráguas Júnior R. Depressão e dor. 2 ed. São Paulo-SP: Atheneu, 2012.
- 6 Moussavi S, Chatterji S, Verdes E et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. The lancet 2007;370.
- 7 Feng L, Yap KB, Ng TP. Depressive symptoms in older adults with chronic kidney disease: mortality, quality of life outcomes, and correlates. Am J Psychiatry Geriatr 2013;21:570-9.
- 8 Palmer S, Vecchio M, Craig J et al. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. Kidney Int 2013;84:179-91.
- 9 Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais[recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- 10 Diefenthaler EC, Wagner MB, Poli-de-Figueiredo CE et al. Is depression a risk factor for mortality in chronic hemodialysis patients? Rev Bras Psiquiatr 2008;30:99-103.
- 11 Botega NJ, Bio RM, Zomignani MA, Garcia Junior CG, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev Saúde Pública 1995;29:355-63.
- 12 Maurer J, Rebbapragada V, Borson S et al. Anxiety and depression in COPD: Current understanding, unanswered questions and research needs. National Institutes of Health - NIH Public Access 2008;4.

- 13 Peres CPA, Delfino VDA, Peres LAB et al. Efeitos de um programa de exercícios físicos em pacientes com doença renal crônica terminal em hemodiálise. *J Bras Nefrol* 2009;31:105-13.
14. Duarte PS, Miyazaki MC, Blay SL, Sesso R. Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. *Kidney Int* 2009;76:414-21.
- 15 Brasil, Ministério da Saúde. Resolução nº466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Conselho Nacional de Saúde, 2012.
- 16 Madeiro AC, Machado PDLC, Bonfim IM, Braqueais AR, Lima FET. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm* 2010;23:546-51.
- 17 Lee YJ, Kim MS, Cho S, Kim SR. Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. *Int J Clin Pract* 2013;67:363-8.
- 18 Fassbinder TRC, Winkelmann ER, Schneider J, Wendland J, Oliveira OB. Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise – um estudo transversal. *J Bras Nefrol* 2015;37:47-54.
- 19 Coutinho MPL, Costa FG. Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. *Psicologia & Sociedade* 2015;27:449-459.
- 20 Valle LS, Souza VF, Ribeiro AM. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estudos de Psicologia I* 2013;30:131-8.
- 21 Stasiak CES, Bazan KS, Kuss RS, Schuinski AFM, Baroni G. Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. *J Bras Nefrol* 2014;36:p.325-31.
- 22 Mckercher C, Sanderson K, Jose MD. Psychosocial factors in people with chronic kidney disease prior to renal replacement therapy. *Nephrol* 2013;18:585-91.
- 23 Loosman WL, Rottier MA, Honing A, Siegert C.E.H. Association of depressive and anxiety symptoms with adverse events in Dutch chronic kidney disease patients: a prospective cohort study. *BMC Nephrol* 2015;16:155.
- 24 Fan L, Sarnak MJ, Tighiouart H et al. Depression and all-cause mortality in hemodialysis patients. *Am J Nephrol* 2014;40:12-18.

25. Taraz M, Taraz S, Dashti-Khavidaki S. Association between depression and inflammatory/anti-inflammatory cytokines in chronic kidney disease and end-stage renal disease patients: a review of literature. *Hemodial Int* 2015;19:11-22.
26. Fischer MJ. Factors associated with depressive symptoms and use of antidepressant medications among participants in the chronic renal insufficiency cohort (CRIC) and Hispanic-CRIC studies. *Am J Kidney Dis* 2013;60:27-38.

9. APÊNDICES

APÊNDICE A:

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA

Data da coleta: ____/____/____ Prontuário: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Sexo: () feminino () masculino

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos

Procedência: _____

Número de pessoas que residem na sua casa com você: _____ pessoas

Distância entre a residência e o ambulatório em Km (aprox.) _____

Especialidade do profissional que o encaminhou para o ambulatório: _____

Diagnóstico: _____

IMC: _____

Outros: _____

A - DADOS A SEREM OBTIDOS DO PRONTUÁRIO

01) Doenças associadas:	02) Uso de medicações:
() Diabetes Melito	() antihipertensivos
() Hipertensão Arterial Sistêmica	() Hipoglicemiantes orais
() Dislipidemia	() esteroides
() Doença Cardiovascular	() insulina
() Tabagismo	() anticoagulante
() Neoplasias	() antimicrobianos
() Outras: _____	() outras: _____
03) Tempo de tratamento conservador	04) Exames laboratoriais (último disp.)
() 1 a 6 meses	Creatinina _____
() 6 a 12 meses	Clearance _____ de
() 1 a 5 anos	creatinina _____
() >10 anos	Uréia _____
05) Estágio da DRC	Cálcio _____
() 01	Fósforo _____
() 02	Hemoglobina _____
() 03	Albumina _____
() 04	Potássio _____
() 05	

B - DADOS A SEREM OBTIDOS NA ENTREVISTA

06) Etnia: () branca

() negra

() parda

() amarela

() outras

08) Religião: () católica

() evangélica

() espírita

() Outra

10) Ocupação:

() Aposentado(a)

() Trabalha

Profissão? _____

11) Escolaridade:

() Analfabeto

() Ensino Fundamental incompleto

() Ensino Fundamental completo

() Ensino Médio incompleto

() Ensino Médio completo

() Ensino Superior incompleto

() Ensino Superior completo

13) Você é o principal provedor da família?

() Sim

() Não

14) Sono:

_____h/noite

Insônia: () não () sim

Motivo: _____

16) Histórico de doença renal crônica na família?

() Sim

() Não

Quem? _____

18) Alguém da família já fez transplante renal?

() Sim

() Não

Quem? _____

07) Estado civil: () solteiro

() casado

() viúvo

() separado

() união consensual

09) Renda familiar:

() menor que três salários mínimos

() de três a seis salários mínimos

() de seis a dez salários mínimos

() acima de dez salários mínimos

12) Dependência

() independente

() parcialmente dependente

() dependente

Mobilidade corporal:

() deambula

() uso de bengala

() uso de muletas

() uso de cadeira de rodas

() acamado

15) Eliminações:

intestinal _____vezes/dia

urinária: _____vezes/dia

Obs: _____

17) Alguém da família já fez ou faz diálise ou hemodiálise?

() Sim

() Não

Quem? _____

19) Você sabe o que é diálise ou hemodiálise?

() Sim

() Não

20) Durante seu tratamento você recebeu orientações sobre o que é diálise ou hemodiálise?

- ☐ Sim
☐ Não

22) Você sabe para que serve uma fístula artério-venosa?

- ☐ Sim
☐ Não

24) Em algum momento do seu acompanhamento você recebeu avaliação oral?

- ☐ Sim
☐ Não

26) O uso das medicações é fundamental para o seu tratamento?

- ☐ Sim
☐ Não

28) Durante seu tratamento você recebeu avaliação nutricional?

- ☐ Sim
☐ Não

30) Você consegue seguir a dieta recomendada para o seu tratamento?

- ☐ Sim
☐ Não

Porque? _____

31) Você acha que seguir a dieta recomendada pode retardar a progressão da doença?

- ☐ Sim
☐ Não

Porque? _____

33) Atividade física que realiza:

- ☐ Caminhada
☐ Bicicleta
☐ Os dois anteriores
☐ Outros: _____

21) Você sabe o que é uma fístula artério-venosa?

- ☐ Sim
☐ Não

23) Você toma as medicações nos horários corretos?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Esqueço as vezes

25) Você sabe para que serve cada medicação da qual faz uso?

- ☐ Sim
☐ Não

27) Durante seu tratamento você recebeu alguma orientação sobre a dieta a ser seguida?

- ☐ Sim
☐ Não

29) Durante seu tratamento você recebeu orientação sobre a dieta por outro profissional da área da saúde?

- ☐ Sim
☐ Não

Qual: _____

32) Você acha importante receber orientação sobre a dieta?

- ☐ Sim
☐ Não

34) Com que frequência realiza atividade física?

- ☐ Diariamente
☐ 2 vezes por semana
☐ 3 vezes por semana

() Não pratico

() 4 vezes por semana

() Não realizo atividade física.

35) A hipertensão pode comprometer a função renal?

() Sim

() Não

36) O colesterol pode comprometer a função renal?

() Sim

() Não

37) O diabetes pode comprometer a função renal?

() Sim

() Não

38) A anemia é uma complicação da doença renal crônica?

() Sim

() Não

39) A doença óssea é uma complicação da doença renal crônica?

() Sim

() Não

40) Você acha que o tratamento da doença renal crônica é para a vida a toda?

() Sim

() Não

41) Você acha que a doença renal crônica tem cura?

() Sim

() Não

42) O uso inadequado das medicações pode piorar a função renal?

() Sim

() Não

43) Você acha importante que outros profissionais além do médico, participem do seu acompanhamento?

() Sim

() Não

44) Qual outro profissional você acha que deveria participar do seu tratamento:

() Enfermeiro

() Nutricionista

() Psicólogo

() Assistente Social

() Outros: _____

45) Você acha importante que o seu acompanhamento seja feito também pelo enfermeiro?

() Sim

() Não

Porque: _____

46) Em algum momento do seu acompanhamento você foi avaliado por um enfermeiro?

() Sim

() Não

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: PERFIL DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM TRATAMENTO CONSERVADOR EM NÍVEL AMBULATORIAL

Pesquisador responsável e colaboradores com telefones de contato:

- 1) HalanaBatistel Barbosa (45) 8801-8776
- 2) Luis Alberto Batista Peres (45) 9935-9160

Convidamos você a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo de investigar o perfil dos pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento conservador atendidos em nível ambulatorial. Pretende ainda avaliar o conhecimento dos portadores de doença renal crônica relacionados à doença e à terapêutica instituída; investigar a qualidade de vida relacionada à saúde dos mesmos durante o tratamento; avaliar os níveis de ansiedade e depressão relacionados à doença e à terapêutica instituída e investigar a relação da qualidade de vida, ansiedade e depressão com o conhecimento e o tempo de tratamento. Para tal finalidade, será necessário a realização de um questionário com questões fechadas, previamente elaboradas, aos pacientes que sejam portadores de doença renal crônica.

Durante a execução do projeto o sujeito pode negar-se a responder qualquer questão que julgue desconfortável e/ou inadequada ou ainda que possa causar algum tipo de constrangimento sendo também livre a desistência da participação do projeto em qualquer momento da pesquisa. Para algum questionamento, dúvida ou relato de algum acontecimento os pesquisadores poderão ser contatados a qualquer momento.

Pretende-se com o desenvolvimento do projeto colaborar com a equipe de saúde que assiste pacientes com doença renal quanto a dados que justifiquem a adesão ou não a terapêutica instituída bem como, levantar as resistências encontradas e os níveis de aceitação da situação de portar uma doença crônica.

Este termo de consentimento é feito em duas vias de igual teor, sendo que uma ficará com a pessoa que autorizar a participar do estudo e não terá nenhum custo ao participante, bem como não receberá nenhum valor para participar da

mesma. Garantimos que os dados colhidos por meio dos questionários serão mantidos confidencialmente e que serão utilizados somente para fins científicos.

Saiba que este estudo não tem nenhuma intenção punitiva e que seus dados pessoais permanecerão no mais absoluto anonimato. Também permanecerão sob sigilo as repostas dadas ao questionário.

Qualquer dúvida entre em contato através do e-mail: halanabarbosa@hotmail.com ou pelo telefone: 045-8801-8776. Caso você, queira pode consultar também o comitê de ética em pesquisa, pelo telefone 3220-3272. Por meio desse contato serão sanadas quaisquer dúvidas inerentes ao estudo e caso ocorra algum imprevisto durante a execução do projeto o participante pode solicitar exclusão do mesmo.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto ou autorizo o sujeito.....a participar da pesquisa.

Local _____, _____ de _____ 2014.

Assinatura: _____

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável: HalanaBatistel Barbosa
Assinatura:

Eu, HALANA BATISTEL BARBOSA, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Cascavel, _____ de _____ de 20____.

10. ANEXOS

Anexo A:

Termo de aprovação do Comitê de Ética - CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Perfil de pacientes renais crônicos em tratamento conservador em nível ambulatorial		
Pesquisador: Halana Batistel Barbosa		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 32911814.4.0000.0107		
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 753.621		
Data da Relatoria: 31/07/2014		
Apresentação do Projeto:		
Trata-se de projeto de pesquisa com pacientes portadores de Doença Renal Crônica (DRC) atendidos no Ambulatório do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). O projeto apresenta elementos teóricos, metodológicos e éticos suficientes para ser desenvolvido.		
Objetivo da Pesquisa:		
Objetivo Primário:		
Investigar o perfil dos pacientes portadores de doença renal crônica (DRC) em tratamento conservador atendidos em nível ambulatorial.		
Objetivo Secundário:		
Avaliar o conhecimento dos portadores de DRC relacionados à doença e à terapêutica instituída; Investigar a Qualidade de Vida Relacionada à		
Saúde dos portadores de DRC durante o tratamento conservador; Avaliar os níveis de ansiedade e depressão relacionados à doença e à terapêutica		
instituída; Investigar a relação da Qualidade de Vida, ansiedade e depressão com as variáveis estudadas.		

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

Risco de constrangimento do participante frente a alguma pergunta de algum dos questionários.

Benefícios:

Melhor assistência prestada pelos profissionais de saúde mediante avaliação dos níveis de qualidade de vida, ansiedade e depressão. Direcionar a elaboração e adequação de políticas públicas para as doenças crônicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta elementos teóricos, metodológicos e éticos suficientes para ser desenvolvido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências. O projeto apresenta elementos teóricos, metodológicos e éticos suficientes para ser desenvolvido.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado. O projeto não necessita adequações.

Anexo B:

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2

d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2
---	---	---

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

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

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

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

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

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

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

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

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

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você	1	2	3	4	5	6

tem se sentido uma pessoa muito nervosa?						
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

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

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

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que	1	2	3	4	5

eu conheço					
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO C:

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. 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. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Nunca

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

0 () Nunca

1 () De vez em quando

2 () Muitas vezes

3 () Quase sempre

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

0 () Sim, do mesmo jeito que antes

1 () Não tanto quanto antes

2 () Só um pouco

3 () Já não sinto mais prazer em nada

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

3 () Completamente

2 () Não estou mais me cuidando como deveria

1 () Talvez não tanto quanto antes

0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

3 () Sim, e de um jeito muito forte

2 () Sim, mas não tão forte

1 () Um pouco, mas isso não me preocupa

0 () Não sinto nada disso

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

3 () Sim, demais

2 () Bastante

1 () Um pouco

0 () Não me sinto assim

D 4) 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

D 12) 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 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

3 () A quase todo momento

2 () Várias vezes

- 1 () De vez em quando
0 () Raramente

D 6) Eu me sinto alegre:

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

A 7) Consigo ficar sentado à vontade
e me sentir relaxado:

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

D 8) Eu estou lento para pensar e
fazer as coisas:

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

- 1 () De vez em quando
0 () Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando
assisto a um bom programa
de televisão, de rádio ou quando leio
alguma coisa:

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

ANEXO D**Normas da revista científica****Instruções aos Autores****OBJETIVOS**

O Jornal Brasileiro de Nefrologia (JBN) - ISSN 0101-2800 - é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) com a finalidade de publicar trabalhos originais de todas as áreas relevantes da NEFROLOGIA em nosso meio. A revista on-line tem acesso aberto e livre. Além dos números regulares, o JBN publica suplementos anuais, que incluem JBN Educacionais, voltados principalmente à atualização clínica. Os autores não são submetidos a taxa de submissão. Na seleção dos artigos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância do tema e a qualidade da metodologia científica utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Todos os artigos publicados serão

o revisados por pareceristas anônimos. A decisão sobre a aceitação do artigo para publicação ocorrerá, sempre que possível, no prazo de três meses a partir da data de seu recebimento. Os direitos autorais dos artigos automaticamente são transferidos para o Jornal Brasileiro de Nefrologia. O conteúdo do material enviado para publicação no JBN não poderá ter sido publicado anteriormente, nem submetido para publicação em outras revistas. Para serem publicados em outras revistas, ainda que parcialmente, necessitarão de aprovação por escrito dos Editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores. Artigos de revisão, atualização ou cartas devem ser redigidos em português ou inglês. O artigo deve enquadrar-se em uma das diferentes categorias de artigos da revista.

SÃO ACEITOS PARA PUBLICAÇÃO**Editorial**

Comentário crítico e aprofundado, preparado a convite dos Editores e/ou submetido por pessoa com notório saber sobre o assunto abordado. Os editoriais podem conter até 900 palavras e cinco referências.

Artigos Originais

Apresentam resultados inéditos de pesquisa, constituindo trabalhos completos que contêm todas as informações relevantes para o leitor que deseja repetir o trabalho do autor ou avaliar seus resultados e conclusões. Os artigos podem conter até 5.000 palavras. A sua estrutura formal deve apresentar os tópicos Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões. O uso de subtítulos é recomendado particularmente na discussão do artigo. Implicações clínicas e limitações do estudo devem ser apontadas. Sugere-se, quando apropriado, o detalhamento do tópico "Método", informando o desenho do estudo, o local onde foi realizado, os participantes do estudo, os desfechos clínicos de interesse e a intervenção. Para esses artigos, deve-se apresentar um resumo contendo Introdução, Objetivo(s), Métodos, Resultado(s) e Conclusão(ões).

Comunicações Breves

Artigos originais, porém mais curtos, abordando campos de interesse para a Nefrologia, com resultados preliminares ou de relevância imediata, devem ter até 1.500 palavras. Incluir um resumo, seguindo o modelo dos artigos originais, e, no máximo, uma tabela ou figura, além de, no máximo, 15 referências bibliográficas. As comunicações breves devem ser encaminhadas apenas em português.

Artigos de Revisão

Preferencialmente solicitados pelos Editores a especialistas da área. Objetivam englobar e avaliar criticamente os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, comentando trabalhos de outros autores, baseados em uma bibliografia abrangente ou eventualmente por demanda espontânea. Devem conter até 6.000 palavras. O texto do artigo deve apresentar Introdução, Discussão, Conclusão e outras subdivisões, se necessárias (Ex: "Quadro clínico", "Tratamento"). Esses

artigos devem apresentar resumo, não necessariamente estruturado. Uma lista abrangente, porém não excessiva, de referências bibliográficas deve aparecer no final do texto. Preferencialmente até 80 referências para artigos nesta modalidade.

Artigos de Atualização

Destinados a abordar informações atuais relevantes à prática clínica, menos completos que os artigos de revisão. Preferencialmente por convite dos editores e eventualmente por demanda espontânea. Devem conter até 2.000 palavras, apresentar um resumo não necessariamente estruturado e, preferencialmente, até 40 referências bibliográficas.

Relatos de Casos

Apresentação de experiência profissional, baseada em estudo de casos peculiares e comentários sucintos de interesse para atuação de outros profissionais da área. Devem conter até 1.500 palavras. A sua estrutura deve apresentar, no mínimo, os seguintes tópicos: Introdução, explicando a relevância do caso; Apresentação estruturada do caso (por exemplo: identificação do paciente, queixa e história patológica pregressa, antecedentes pessoais e familiares e exame clínico); e Discussão.

Ensaio Clínico

Toda matéria relacionada com pesquisa humana e pesquisa animal deve ter aprovação prévia da Comissão de Ética em Pesquisa da Instituição na qual o trabalho foi realizado, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinque (1964 e suas versões de 1975, 1983 e 1989), das Normas Internacionais de Proteção aos Animais e da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos. É necessário disponibilizar no trabalho o número deste protocolo.

Cartas

Opiniões e comentários sobre o conteúdo da revista, sua linha editorial ou sobre temas de relevância científica: os textos devem ser breves, com, no máximo, 500 palavras. Podem ser comentários sobre material publicado na revista ou trazer dados novos e observações clínicas. Apenas uma tabela e uma figura são permitidas e, no máximo, cinco referências. Todos os autores (máximo de cinco) devem assinar a carta.

Consulta Nefrológica em 10 Minutos

Obrigatoriamente a convite dos editores, essa seção tem como principal objetivo oferecer aos leitores uma consulta rápida sobre temas do dia a dia da nefrologia. O texto deverá conter, em média, 630 palavras. Apenas uma tabela e uma figura são permitidas e, no máximo, cinco referências.

Suplementos/JBN Educacionais: a convite dos Editores

Com temas específicos relevantes à atualização clínica, são compostos por um editorial ou apresentação e artigos de atualização. Devem conter até 2.000 palavras, apresentar um resumo não necessariamente estruturado e, preferencialmente, até 40 referências bibliográficas.

Pró-memória

Documentação histórica de assuntos relacionados à nefrologia ou áreas relevantes, do ponto de vista histórico.

Fórum em Nefrologia

Conjunto de artigos que objetivam apresentar informações sobre um determinado tema de relevância clínica em nefrologia. Cada artigo deve conter até o máximo de 4.500 palavras e, preferencialmente, 60 referências bibliográficas.

REQUISITOS TÉCNICOS

Devem ser enviados:

a) Arquivo word (.doc ou .rtf), digitado em espaço duplo, fonte tamanho 12, margem de 3 cm de cada lado, com páginas numeradas em algarismos arábicos, iniciando-se cada seção em uma nova página, consecutivamente: página de título, resumo e descritores, texto, agradecimentos, referências, tabelas e legendas - excluem-se imagens, que devem ser enviadas em formato jpg ou tiff;

b) Permissão para reprodução do material;

c) Aprovação do Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) em seres humanos;

d) Carta assinada por todos os autores no termo em que se afirme o ineditismo do trabalho. A ausência de assinatura será interpretada como desinteresse ou desaprovação da publicação, determinando a exclusão editorial do nome dessa pessoa da relação de autores;

e) Endereço completo do autor correspondente.

MODELO DE CARTA DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

(permissão para reprodução do material)

Senhor Editor,

Pela presente, nós, abaixo-assinados, encaminhamos o artigo (*nome do trabalho*), de nossa autoria, apresentado como artigo (*modalidade - original; revisão; atualização; relato de caso; etc.*) à apreciação do Corpo Editorial do Jornal Brasileiro de Nefrologia para publicação. Em atenção às normas constantes das "*Instruções aos Autores*", informamos que:

a) o referido estudo foi realizado na (*nome da instituição*);

b) o protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética de nossa instituição;

c) o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado para os estudos que envolvem seres humanos;

d) cedemos para a Sociedade Brasileira de Nefrologia, em caráter irrevogável, em caso de aceitação para publicação, os direitos autorais do estudo que ora encaminhamos, reconhecendo ser vedada qualquer reprodução, total ou parcial, sem prévia e necessária autorização solicitada por escrito e obtida da SBN;

e) estamos guardando cópia do material ora encaminhado; e

f) o trabalho teve o suporte financeiro de *(nomes das instituições que deram apoio à realização do estudo)*.

No que se refere ao imperativo ético de apontar possíveis fatores capazes de influenciar os resultados da pesquisa, salientamos que *(explicitar, se for o caso, as relações que envolvem conflitos de interesse profissionais, financeiros e benefícios diretos ou indiretos, ou declarar explicitamente a inexistência de tais vinculações)*.

Para viabilizar a troca de correspondência, ficam estabelecidos os seguintes dados: *nome do autor escolhido, seguido do nome da instituição, do endereço postal completo, do número de telefone e, se possível, do endereço eletrônico*.

Sendo o que era para o momento, e no aguardo de sua manifestação, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

(Local e data, seguidos das assinaturas dos respectivos nomes completos)

PREPARO DO MANUSCRITO

Página de identificação: Devem constar da primeira página: a) Título do artigo, que deve ser conciso e completo, descrevendo o assunto a que se refere (palavras supérfluas devem ser omitidas). Deve-se apresentar a versão do título para o inglês; b) nome dos autores; c) instituição e/ou setor da instituição a que

cada autor está filiado, acompanhada dos respectivos endereços (títulos pessoais e cargos ocupados não deverão ser indicados); d) nome do departamento e/ou da instituição onde o trabalho foi realizado; e) indicação do autor responsável pela correspondência; f) se o trabalho tiver sido subvencionado, deve-se indicar o nome da agência de fomento que concedeu o subsídio; g) se tiver sido baseado em uma tese acadêmica, deve-se indicar o título, ano e a instituição em que foi apresentada; h) se tiver sido apresentado em reunião científica, deve-se indicar o nome do evento, o local e a data da realização.

Resumo e descritores: Os artigos originais, comunicações breves, artigos de revisão e artigos de atualização, escritos em português, devem conter, na segunda página, o resumo em português e em inglês. Os resumos devem identificar os objetivos, os procedimentos e as conclusões do trabalho (máximo de 250 palavras para resumos, que deverão ser estruturados). Os resumos estruturados devem apresentar, no início de cada parágrafo, o nome das subdivisões que compõem a estrutura formal do artigo (Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões). Os descritores (palavras-chave), expressões que representam o assunto tratado no trabalho, devem ser em número de 3 a 10, fornecidos pelo autor, baseando-se no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>. Devem ser apresentados em português e em inglês.

Texto: Deverá obedecer à estrutura exigida para cada categoria de artigo. Citações no texto e as referências citadas nas legendas das tabelas e das figuras devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, com algarismos arábicos (números-índices). As referências devem ser citadas no texto sem parênteses, em expoente, conforme o exemplo: Referências².

Figuras e gráficos: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos etc.) devem ser enviadas individualmente, em formato JPG (em alta resolução - 300 dpi). Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em

que foram citadas no texto e ser suficientemente claras para permitir sua reprodução. As legendas para as figuras deverão constar em arquivo separado. Não serão aceitas fotocópias. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar a permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Análise estatística: Os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (p. ex, $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

Abreviações: As abreviações devem ser indicadas no texto no momento de sua primeira utilização. Em seguida, não se deve repetir o nome por extenso.

Nome de medicamentos: Deve-se usar o nome genérico.

Havendo citação de aparelhos/equipamentos: Todos os aparelhos/equipamentos citados devem incluir modelo, nome do fabricante, estado e país de fabricação.

Agradecimentos: Devem incluir a colaboração de pessoas, grupos ou instituições que mereçam reconhecimento, mas que não tenham justificadas suas inclusões como autoras; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico etc. Devem vir antes das referências bibliográficas.

Referências: Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com algarismos arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "*Vancouver Style*", conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>. Os autores devem certificar-se de que as referências citadas no texto constam da lista de referências com datas

exatas e nomes de autores corretamente grafados. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto ou em nota de rodapé.

A LISTA DE REFERÊNCIAS DEVE SEGUIR O MODELO DOS EXEMPLOS ABAIXO:

Artigos de periódicos (de um até seis autores)

Almeida OP. Autoria de artigos científicos: o que fazem os tais autores? *Rev Bras Psiquiatr* 1998;20:113-6.

Artigos de periódicos (mais de seis autores)

Slatopolsky E, Weerts C, Lopez-Hilker S *et al.* Calcium carbonate as a phosphate binder in patients with chronic renal failure undergoing dialysis. *N Engl J Med.* 1986; 315:157-61.

Artigos sem nome do autor

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994;84:15.

Livros no todo

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Capítulos de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Livros em que editores (organizadores) são autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Teses

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Trabalhos apresentados em congressos

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. *In*: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland;1992. p. 1561-5.

Artigo de periódico em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[24 screens]. Available from: URL:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Outros tipos de referência deverão seguir o documento *International Committee of Medical Journal Editors* (Grupo de Vancouver), disponível na Internet no site www.icmje.org, October 2004.