



**PROGRAMA DE APRIMORAMENTO
PROFISSIONAL**
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO –
FUNDAP



AMALIA MOLARO PONTES DE MORAES

Qualidade de Vida e Depressão em pacientes renais crônicos submetidos à
hemodiálise

Ribeirão Preto

2014



**PROGRAMA DE APRIMORAMENTO
PROFISSIONAL**
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO –
FUNDAP



AMALIA MOLARO PONTES DE MORAES

Qualidade de Vida e Depressão em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP e FUNDAP, elaborada como requisito para conclusão do Programa de Aprimoramento em Psicologia Clínica e Hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP.

Área: Psicologia Clínica e Hospitalar
Orientador (a): Renata Tamie Nakao
Supervisor (a) Titular: Prof.Dr. Ricardo Gorayeb

Ribeirão Preto

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Moraes, Amalia Molaro Pontes de.

Qualidade de vida e depressão em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. Ribeirão Preto, 2014.

77p. : il.

Monografia apresentada ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, como parte dos requisitos para a conclusão do programa de Aprimoramento Profissional.

Orientador (a): Nakao, Renata Tamie

1. Qualidade de vida. 2. Depressão. 3. Insuficiência Renal Crônica.

MORAES, Amalia Molaro Pontes de

BIBLIOTECA CENTRAL DA USP DE RIBEIRÃO PRETO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP

TOMBO: _____ SYSNO: _____

MONOGRAFIA 2014

“Qualidade de Vida e Depressão em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise”

APRIMORANDA: AMALIA MOLARO PONTES DE MORAES

ORIENTADORA: RENATA TAMIE NAKAO

DOCENTE RESPONSÁVEL: PROF. DR. RICARDO GORAYEB

*À Deus pela força e coragem nos
momentos de dificuldade e aos meus
pais pelo exemplo de dedicação, luta,
compreensão e incentivo.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha vida, por estar sempre em meu caminho, por colocar as pessoas certas nos momentos certos e por sempre iluminar e guiar as melhores escolhas.

A todos os pacientes que fizeram parte deste trabalho. Obrigada por compartilharem suas experiências, dificuldades, sofrimentos, gratificações e alegrias e me ensinarem o que jamais encontrarei em nenhum livro.

À minha orientadora, Ms. Renata Tamie Nakao, pela sua confiança e disponibilidade, pelo acompanhamento constante exercido durante a execução de todo trabalho e pela gentileza em compartilhar o seu saber comigo.

A toda minha família, sempre e principalmente. Obrigada mãe, pai e Má pela paciência nos momentos de estresse, pelos carinhos nos momentos de desespero, pelos sorrisos diante de minhas conquistas

A toda a equipe do Serviço de Psicologia e da Unidade de Diálise do HCFMRPUSP pela receptividade, paciência e colaboração na realização deste trabalho e conclusão desta etapa da minha formação profissional e pessoal.

A todas as minhas amigas (os) e companheiras (os) desta jornada de dois anos, obrigada pela inestimável ajuda que me deram durante esse período de convívio e pelos infinitos momentos de alegria que me proporcionaram neste tempo de convivência.

A todas as minhas supervisoras, psicólogas contratadas deste serviço. Obrigada pela disponibilidade e por todas as oportunidades de crescimento profissional que me deram. Obrigada também por cada palavra e gesto de acolhimento. Foi por tudo isso que cheguei aqui e aprendi a acreditar em mim e em minha capacidade de fazer sempre mais e melhor.

Aos amigos de infância e de sempre, obrigada por me ajudarem nos momentos que precisei, pelo companheirismo e fidelidade que sempre dedicaram a mim!

*“A alegria está na luta, na tentativa, no sofrimento
envolvido e não na vitória
propriamente dita”.*

Mahatma Gandhi

RESUMO

MORAES, A. M. P. **Qualidade de Vida e Depressão em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. 2014, 73f.** Monografia (Aprimoramento Profissional) – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A doença renal crônica é vista hoje como um importante problema de saúde pública no mundo todo, devido às elevadas taxas de morbidade e mortalidade, além do impacto negativo sobre a qualidade de vida do paciente. A atenção para a qualidade de vida e prevalência de sintomas depressivos mostra-se importante à medida que possibilita ao profissional observar como o paciente se porta frente ao tratamento, auxiliando no estabelecimento de metas específicas. O tratamento hemodialítico ocasiona diversas alterações na rotina e na autoimagem do paciente. Este estudo teve como objetivo avaliar a percepção da qualidade de vida e a presença de sintomas depressivos em pacientes com Insuficiência Renal Crônica em hemodiálise e identificar possíveis relações entre estes aspectos psicológicos e variáveis sociodemográficas e clínicas. Participaram do estudo 30 pacientes que realizavam hemodiálise na Unidade de Diálise do HCFMRPUSP e responderam a uma entrevista semiestruturada, ao Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Kidney Disease Quality of Life Short-Form (KDQOL-SF). A idade média desta amostra de participantes foi 53,4 anos, sendo que 43,3% estavam com idade entre 46 e 65 anos. Quanto à escolaridade, 50% tinham Ensino médio completo ou incompleto e 46,7% eram analfabetos ou tinham o Ensino fundamental completo ou incompleto. A maior parte dos participantes, 63,3% tinham companheiro (a), renda mensal entre dois e três SM e 90% não tinham uma atividade laboral remunerada. Em relação às variáveis clínicas e psicológicas 50% da amostra apresentava como comorbidade a hipertensão (HAS) e 76,70% apresentavam apenas sintomas leves de depressão apresentando médias favoráveis na maioria das dimensões do KDQOL. Foi evidenciada a existência de correlação negativa significativa entre depressão e qualidade de vida, assim quanto maior for o nível de depressão, pior é a avaliação que o indivíduo faz de sua qualidade de vida. As associações e correlações encontradas foram discutidas com base nos estudos da literatura científica da área. A complexidade do tema evidenciada neste estudo demonstra a necessidade de realização de novas pesquisas, com delineamentos variados, visando à ampliação do conhecimento que se tem sobre o complexo e amplo nicho de variáveis que podem influenciar positiva ou negativamente a avaliação que o indivíduo faz de sua qualidade de vida.

Palavras chave: Qualidade de vida; Depressão; Insuficiência Renal Crônica.

ABSTRACT

MORAES, A. M. P. **Quality of Life and Depression in chronic renal failure patients undergoing hemodialysis.** 2014, 73f. Monograph (Professional Enhancement) - Hospital das Clínicas of the Faculty of Medicine, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Chronic kidney disease is seen today as an important worldwide public health problem due to high rates of morbidity and mortality, in addition to the negative impact on the quality of life of patients. The attention to quality of life and prevalence of depressive symptoms show to be important as it enables the professional to observe how the patient behaves towards treatment, assisting in establishing specific goals. The hemodialysis causes several changes in routine and self-image of the patient. This study aimed to evaluate the perception of quality of life and depressive symptoms in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis and identify possible relationships between these psychological aspects and sociodemographic and clinical variables. We studied 30 patients who underwent hemodialysis in the Dialysis Unit of the university hospital and answered to a semi-structured interview, to the Beck Depression Inventory (BDI) and to the Kidney Disease Quality of Life Short Form (SF - KDQOL). The average age of this sample of participants was 53.4 years, and 43.3% were between 46 and 65 years. Regarding education level, 50% had complete or incomplete secondary education and 46.7 % were illiterate or had either complete or incomplete primary education. The majority of participants (63.3%) had a partner, a monthly income between two and three minimum wages and 90% had no remunerative work activity. In relation to clinical and psychological variables 50% of the sample presented comorbid hypertension (SAH) while 76.70% showed only mild symptoms of depression presenting favourable media in most dimensions KDQOL. The existence of a significant negative correlation between depression and quality of life became evident, so the higher the level of depression, the worse is the evaluation the individual observes on his own quality of life. Associations and correlations were discussed based on studies of scientific literature in this domain. The complexity of the issues highlighted in this study demonstrates the need for further studies with varying designs, aimed at expanding the knowledge we have about the complex and broad niche of variables that can positively or negatively influence the evaluation which the individual makes of his own quality of life.

Keywords: Quality of life, Depression, Chronic Renal Failure.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra de pacientes em hemodiálise (n=30).....	30
Tabela 2 - Comorbidades clínicas da amostra de pacientes em hemodiálise (n=30).....	31
Tabela 3 - Associações estatisticamente significantes entre sexo e qualidade de vida.....	34
Tabela 4 - Associações estatisticamente significativas entre turno de tratamento e qualidade de vida.....	34
Tabela 5 - Diferenças entre os grupos com e sem outras doenças e qualidade de vida.....	36
Tabela 6 - Médias das dimensões de qualidade de vida nos grupos com depressão mínima e moderada.....	37
Tabela 7 - Médias das dimensões de qualidade de vida nos grupos com depressão mínima e leve.....	38
Tabela 8 - Correlação entre Depressão e Qualidade de Vida.....	38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Nível de Depressão avaliado pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	32
Gráfico 2 - Media das subescalas do Instrumento Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL – SF).....	33

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos.....	17
1.2. Insuficiência Renal Crônica e Depressão.....	21
2. OBJETIVOS	24
2.1. Objetivo Geral.....	24
2.2. Objetivos Específicos	24
3. MÉTODO	25
3.1. Local da Pesquisa	25
3.2. Participantes.....	25
3.3. Materiais e Instrumentos	25
3.3.1. Roteiro de Entrevista Semiestruturada	26
3.3.2. Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	26
3.3.3. Kidney Disease Quality of Life Short-Form (KDQOL-SF)	26
3.4. Procedimento de Coleta de Dados	27
3.5. Procedimento de Análise de Dados.....	28
3.4. Aspectos Éticos	28
4. RESULTADOS	29
4.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra.....	29
4.2. Características sociodemográficas e dimensões de qualidade de vida.....	33
4.3. Características Clínicas e dimensões de qualidade de vida.....	35
4.4. Depressão e dimensões de qualidade de vida	36
5. DISCUSSÃO	40

5.1. Dados sociodemográficos e clínicos	40
5.2. Dados sociodemográficos e clínicos X dimensões de qualidade de vida.....	43
5.3. Qualidade de vida e Depressão	47
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS.....	Erro! Indicador não definido. 50
ANEXOS	55

1. INTRODUÇÃO

A preocupação com as doenças crônicas tem crescido de forma importante, o que pode ser comprovado quando se observa uma grande incidência desse tipo de enfermidade em todo o mundo, sem haver qualquer distinção de região ou classe social. Assim o aumento do número de casos de doenças crônicas não é exclusivo de países de primeiro mundo, podendo ser igualmente observado nos países em desenvolvimento (BRITO, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), doenças crônicas são doenças de longa duração e, geralmente, com uma progressão lenta, que representam a principal causa de morte na população mundial. Estima-se que das 58 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2005, 35 milhões ou cerca de 60% tenham sido decorrentes de doenças crônicas. Para 2015, há a projeção de que 64 milhões de mortes sejam devidas a estas doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Dentro das condições crônicas de saúde, a doença renal crônica é vista hoje como um importante problema de saúde pública no mundo todo, devido às elevadas taxas de morbidade e mortalidade. Além disso, os pacientes com doença renal em estágio terminal se deparam com muitos estressores, os quais, muitas vezes, contribuem para a redução da sua qualidade de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011; GRASSELLI *et al.*, 2012).

A National Kidney Foundation (NKF), em seu documento Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI)² definiu a doença renal crônica (DRC) como uma lesão presente por um período igual ou superior a 3 meses, caracterizada por anormalidades estruturais ou funcionais do rim, manifestada por alterações patológicas ou marcadores de lesão renal observados através de alterações sanguíneas, urinárias ou nos exames de imagem. Tal documento propôs ainda o estagiamento da DRC de acordo com sua evolução, estabelecendo que quando a queda no ritmo de filtração glomerular (RFG) atinge valores muito baixos, inferiores a 15 ml/min, atinge-se o estágio mais avançado da perda funcional dos rins, denominada falência funcional renal (K/DOQI, 2002).

Nessa mesma direção, Romão Jr. (2004) aponta a doença renal crônica como uma lesão renal associada à perda progressiva e irreversível da função dos rins. Pode ser decorrente de uma série de fatores, tais como o diabetes mellitus e a hipertensão arterial. Assim, o organismo não consegue eliminar seus produtos residuais adequadamente, o que se traduz pela retenção de solutos tóxicos no organismo. Em sua fase mais avançada é definida como Insuficiência Renal Crônica (IRC), quando os rins não conseguem manter a normalidade do meio interno do paciente, necessitando de uma terapia renal substitutiva, com intuito não de cura, mas sim de controle e manutenção do estado crônico.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), em todo o mundo 500 milhões de pessoas sofrem de problemas renais e 1,5 milhão delas estão em diálise. Estudo divulgado no ano passado indicou que a taxa de mortes desses pacientes aumentou 38% entre 2000 e 2010 (SBN, 2011).

Dados divulgados pela SBN revelam ainda que no Brasil existem hoje cerca de 92 mil pacientes em diálise. Nos últimos 10 anos, esse número cresceu 115% e deve aumentar em uma proporção de 500 casos por milhão de habitantes a cada ano, de forma que o gasto com o programa de diálise e transplante renal no Brasil situa-se ao redor de 1,4 bilhões de reais ao ano (SBN, 2011).

Muitos estudos de base populacional investigando a prevalência de disfunção renal e seus preditores na população têm sido realizados no mundo, entretanto poucas dessas pesquisas são feitas em países em desenvolvimento. Um estudo pioneiro foi realizado por Passos et al. (2003) em Bambuí-MG tendo como objetivo estimar a prevalência de pessoas com alguma lesão renal no Brasil. A partir da medida da creatinina sérica (marcador mais utilizado clinicamente para avaliação da função renal) tais autores encontraram uma prevalência de disfunção menor do que as encontradas em outros estudos de base populacional realizadas no mundo, contudo os preditores para tal disfunção foram semelhantes. A prevalência de valores elevados de creatinina entre os idosos foi de 5,09% da amostra, sendo que seu aumento foi associado significativamente com o aumento da idade, sendo maior nos homens do que nas mulheres mais velhas.

Os tratamentos mais comuns para a IRC são: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal (CANZIANI, DRAIBE e NADALETTO, 2002). A

hemodiálise é o procedimento de filtração do sangue extracorpórea, realizada por uma máquina denominada rim artificial. Com a ajuda de uma bomba, o sangue passa dentro de um dialisador que, em contato com a solução de diálise preparada na máquina, promoverá a filtração do sangue que retornará ao paciente. Em geral, são realizadas três sessões semanais de hemodiálise, com duração de três a cinco horas cada, a depender da condição do paciente. Para realizar a hemodiálise, o paciente precisa ser submetido a um procedimento cirúrgico, a fim de confeccionar uma fístula arteriovenosa (FAV), que resulta da união de uma veia e uma artéria superficial do braço. Deste modo, o paciente além de ser submetido a um procedimento invasivo, deve limitar as atividades com este braço para não perder a fístula. A hemodiálise tem seus riscos como qualquer tipo de tratamento e a própria doença renal apresenta complicações que devem ser evitadas como: hipertensão arterial, anemia grave, doença do metabolismo mineral e ósseo, desnutrição, hepatite, aumento do peso por excesso de água ingerida e complicações das doenças que o paciente é portador.

A diálise peritoneal é um tipo de diálise que é feita por meio do peritônio, que atuará como membrana semipermeável. A solução de diálise é infundida na cavidade peritoneal através da ação da gravidade; o excesso de água e as substâncias tóxicas passam através da membrana peritoneal, por um processo de difusão, saindo do sangue e indo para a solução de diálise. Este tipo de tratamento pode ser feito no hospital ou em casa, sendo na maioria das vezes domiciliar. O maior inconveniente da diálise peritoneal é o risco de peritonite (infecção do peritônio), cuja prevenção é fundamental para o sucesso do tratamento. Portanto, para que a diálise seja realizada em casa, é necessária uma avaliação do ambiente domiciliar, verificando-se as condições de educação, higiene e moradia. Algumas modificações devem ser feitas para acomodar o equipamento e as instalações exigidas para realizar o procedimento. Além disso, é fundamental que este paciente seja orientado pela equipe a ter alguns cuidados: lavar as mãos corretamente, cuidados com o ambiente do local da troca, seguir todas as instruções para o correto procedimento de troca de bolsas, além do autocuidado com seu cateter (CANZIANI, DRAIBE e NADALETTO, 2002).

Já o transplante renal consiste em um procedimento cirúrgico, no qual um rim é

transplantado em pacientes com IRC, que já realizam tratamento dialítico. O rim a ser doado pode ser de uma pessoa viva ou em morte cerebral. Independentemente do doador (vivo ou não), é muito importante que o sangue e os tecidos de doador e receptor sejam compatíveis. Essa semelhança evita que o sistema de defesa imunológica do receptor estranhe o novo rim e o rejeite. A cirurgia tem duração média de 4 a 6 horas, a depender do paciente. Após a cirurgia, os cuidados médicos devem continuar por toda a vida do transplantado, tais como exames clínicos e laboratoriais. O paciente não deve, sob hipótese alguma, interromper ou modificar a medicação, ou deixar de fazer os exames indicados. É uma obrigação para o resto da vida, pois a crise de rejeição pode ocorrer a qualquer momento, mesmo após muitos anos de um transplante bem sucedido (CANZIANI, DRAIBE e NADALETTO, 2002).

Independentemente do tipo de tratamento ao qual o paciente é submetido, diversas limitações são impostas em sua vida, incluindo limitações sociais, físicas e psicológicas. Conviver com uma doença crônica, como a insuficiência renal, exige dos pacientes e familiares grandes esforços de manejo e adaptação, principalmente quando esta doença depende de meios artificiais de controle e tratamento, como o uso da máquina de diálise ou mesmo um transplante de órgãos. Na maioria das vezes, pode haver uma dificuldade de adaptação do paciente a esta nova vida, o que pode desencadear comportamentos de ansiedade e depressão (BITTENCOURT, 2003; THOMAS e ALCHIERI, 2005).

Dessa forma, embora a doença crônica seja passível de tratamento e controle, as restrições impostas por ela e pelo seu tratamento podem levar a uma grande modificação na vida do paciente em função das adaptações à sua nova condição física e ao tratamento. Assim, o adoecimento exige do paciente uma gama de esforços para o enfrentamento da situação, tornando-se necessário, entre outras coisas, realizar modificações em sua rotina, hábitos alimentares, necessidade de conhecer a doença, desenvolver formas de lidar com os incômodos físicos e com as perdas nas relações sociais e financeiras, adaptar-se as modificações nas atividades de trabalho e lazer, além de lidar continuamente com a ameaça à aparência e à vida (MARTINS, FRANÇA e KIMURA, 1996).

Bittencourt (2003) aponta que o aparecimento de uma doença deste tipo em

um dos membros do casal pode gerar disfunções sexuais e uma intensa alteração nos papéis desempenhados na dinâmica familiar, gerando frequentemente novas fontes de tensão e desentendimentos conjugais ou intensificação de problemas já existentes. Assim, nota-se que o adoecimento e a cronicidade da doença trazem consequências negativas para os relacionamentos afetivos dos pacientes.

Além dos prejuízos causados nos relacionamentos afetivos, a doença crônica também acomete intensiva e negativamente o funcionamento físico e profissional do paciente. A percepção da redução da própria saúde e capacidade laboral afeta a auto-estima, disposição e energia do paciente podendo causar prejuízos não só no contexto de trabalho, mas nas interações sociais e familiares e consequentes problemas ligados a saúde mental (DUARTE et al., 2003).

Na doença renal crônica o comprometimento da vida do paciente é intenso, além do adoecimento, o tratamento hemodialítico encadeia diversas alterações na rotina e na autoimagem do paciente. Cordeiro et al. (2009) descrevem modificações em diversos âmbitos da vida desses indivíduos destacando: risco e frequência acentuada de desemprego, disfunções sexuais, mudanças nos papéis desempenhados no contexto familiar e conjugal, redução acentuada de atividades físicas e profissionais e alterações na autoimagem.

Nesse sentido, a avaliação dos aspectos psicológicos do paciente, em especial a percepção deste acerca de sua qualidade de vida, mostra-se importante à medida que possibilita a observação de como este se porta frente ao tratamento, auxiliando o profissional de saúde no estabelecimento de metas específicas (RIELLA, 1998; SANTOS, 2005). Tal informação permite o desenvolvimento de práticas mais objetivas, traduzidas numa melhoria dos cuidados ao paciente.

1.1. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos

De acordo com a OMS (1998), qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores do local onde vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995). Portanto, este é um

conceito individual, sendo bastante difícil mensurar todos os aspectos relevantes para o indivíduo (HIGGINSON e CARR, 2001).

Para Ravagnan, Domingos e Miyazaki (2007) a qualidade de vida de pacientes com IRC é influenciada pela própria doença e pelo tipo de tratamento, além de fatores psicológicos prévios de cada indivíduo. O tipo de tratamento ao qual o paciente é submetido tem sido alvo de vários estudos a respeito de qualidade de vida, por se acreditar que este tenha um peso significativo sobre diversos aspectos da vida do paciente, interferindo em sua adaptação e adesão ao tratamento (OLBRISCH et al., 2000). Lima e Gualda (2000) e Zimmermann, Carvalho e Mari (2004) reforçam ainda a importância de compreender a influência dos fatores psicossociais na evolução da doença, através da observação e avaliação da adesão ao tratamento e do suporte social e familiar, os quais parecem contribuir positivamente para melhor sobrevida do paciente.

A partir da análise de um relato de caso, Dyniewicz, Zanella e Kobus (2004) identificaram que a qualidade de vida dos renais crônicos é afetada por diversas situações estressantes, desencadeadas por limitações físicas, psicológicas e sociais. Os autores notaram que a preocupação com a autoimagem, o vínculo com a equipe e suporte familiar influenciavam a percepção da paciente sobre sua qualidade de vida. Silva et al. (2011) evidenciaram que os sentimentos iniciais de indignação e negação, decorrentes do diagnóstico e do tratamento hemodialítico, se modificam enquanto os pacientes se fortalecem para o enfrentamento da doença. O suporte familiar e da equipe de saúde mostraram-se importantes para favorecer a adaptação do paciente a esta nova realidade e estilo de vida.

Outras pesquisas com pacientes que realizam hemodiálise apontam como principais fatores comprometedores da qualidade de vida a cronicidade da doença, o tratamento longo e inconstante, as limitações físicas, a restrição de atividades sociais e as expectativas incertas sobre o futuro (SANTOS, 2005; MARTINS e CESARINO, 2005). Lugon, Strogoff e Warrak (2003) relatam que esta modalidade terapêutica tem sido a mais utilizada, sendo capaz de proporcionar mais longevidade e uma frequência cada vez menor de complicações, buscando a estabilidade clínica do paciente. No entanto, Carvalho (2004) alerta para os riscos em longo prazo decorrentes da hemodiálise, tais como: a doença do metabolismo mineral e ósseo,

estenose, isquemia, infecção do acesso vascular e complicações cardiovasculares.

Tal ambivalência em relação ao tratamento hemodialítico também é percebida pelo paciente. Silva et al. (2011) descrevem que pacientes em hemodiálise têm sentimentos ambíguos de aceitação e revolta, na medida em que discriminam sentimentos negativos, como medo do prognóstico, da incapacidade e da dependência, mas também reconhecem que o tratamento lhes possibilita a sobrevivência, a espera pelo transplante renal, e, conseqüentemente, uma expectativa de melhora.

As limitações impostas aos pacientes em tratamento dialítico não advêm apenas de fatores associados diretamente ao tratamento. Estes pacientes são acometidos por outras fontes de estresse, que podem estar indiretamente relacionadas, tais como: dificuldades em conseguir um emprego e conseqüentes prejuízos de renda, medo do insucesso do tratamento e inclusive da morte, alterações na imagem corporal e práticas específicas de higiene (ALMEIDA e MELEIRO, 2000).

Alguns estudos buscaram verificar os principais aspectos da vida do paciente comprometidos pelo tratamento. Martins e Cesarino (2005) encontraram prejuízo nas atividades cotidianas, principalmente no âmbito do trabalho, atividades domésticas e atividades práticas. Corroborando com tais achados, Cordeiro et al. (2009) observaram que os principais aspectos da vida dos sujeitos comprometidos pela hemodiálise são a “Função Física” e o “Papel Profissional”. Nessa mesma direção Grasselli et al. (2012) em sua pesquisa realizada no sul de Minas Gerais com objetivo de avaliar a qualidade de vida em pacientes submetidos a hemodiálise através do instrumento KDQOL SF-36, encontraram dados que revelam que a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos participantes da pesquisa foi afetada negativamente principalmente em aspectos relacionados ao papel profissional, vitalidade (energia e fadiga), função física, função emocional, saúde geral e sobrecarga da doença renal na vida dos pacientes, demonstrando o reflexo provocado pela doença renal e seu tratamento em diversos âmbitos da vida do indivíduo.

Castro et al.(2003) utilizaram o SF-36 para avaliar a qualidade de vida de 184 pacientes em diversas fases de hemodiálise. Os autores perceberam que as

relações afetivas dos pacientes com seus familiares eram deterioradas ao longo do tempo do tratamento, devido em grande parte ao isolamento, alterações de autoestima e autoimagem. Rodrigues Neto (2001) avaliou prospectivamente a qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica terminal no primeiro ano de diálise, utilizando o mesmo instrumento. O autor verificou que a qualidade de vida melhorou após seis meses de tratamento dialítico, mas ainda continuou limitada, apontando para a necessidade de atenção aos aspectos psicossociais destes pacientes em longo prazo.

Em sua tese de doutorado, Kusomota (2005) buscou avaliar a qualidade de vida de 194 pacientes em tratamento hemodialítico, por meio do questionário *Kidney Disease and Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF)* específico para pacientes renais. As dimensões que obtiveram os escores mais altos foram: suporte social, estímulo por parte da equipe da diálise e função cognitiva. Outro estudo brasileiro que utilizou o mesmo instrumento foi realizado recentemente por Franco et al. (2011) que avaliaram a qualidade de vida de 32 pacientes com IRC submetidos à hemodiálise, e verificaram, assim como Kusomota (2005) que grande parte dos entrevistados estava satisfeita com o apoio recebido pela equipe de saúde e a atividade social e sexual parecem ter sido pouco afetadas pela doença. Porém, os autores perceberam que a doença parece exercer uma sobrecarga na vida dos pacientes, especialmente com relação à função física, suporte social e saúde em geral.

A literatura internacional também traz alguns estudos sobre qualidade de vida que evidenciam o impacto que o tratamento da IRC tem sobre o indivíduo e a importância de dar atenção aos aspectos psicossociais do paciente. Machado et al. (2004) utilizaram o *Sickness Impact Profile (SIP)* para verificar a qualidade de vida de 44 pacientes em hemodiálise, na Argentina, buscando relacionar as variáveis que podem afetá-la. O resultado desse estudo apontou restrições econômicas, sociais e psicológicas associadas ao tratamento.

Em Montevideu (Uruguai), Schwartzmann et al. (1998) buscaram estudar a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise, relacionando com variáveis sociodemográficas. Participaram deste estudo 294 pacientes de sete centros de hemodiálise em Montevideu, sendo 163 homens e 131 mulheres, com idade média

de 57 anos. Para avaliar estes pacientes foi utilizado o instrumento SF-36. Os resultados apontaram melhores resultados em pacientes que trabalham e com menos de 60 anos.

Higa et al. (2008) observaram em seu estudo que a maioria dos sujeitos que realizam hemodiálise encara o tratamento como uma modalidade dolorosa e angustiante, com inúmeras limitações físicas que são prejudiciais às interações sociais.

Observa-se que a maioria dos estudos encontrados na literatura utiliza instrumentos genéricos para mensurar a qualidade de vida dos pacientes com IRC, tais como o WHOQOL ou o SF-36. Estes instrumentos não especificam enfermidades, sendo compostos por questões mais abrangentes. Duarte et al. (2003) acreditam que o KDQOL-SF seja provavelmente o questionário mais completo disponível para avaliar qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica, pois inclui aspectos genéricos e específicos relativos à doença renal. Além disso, em testes de confiabilidades, como o de Moreira et al. (2009), este se mostrou um instrumento confiável para mensurar a qualidade de vida em indivíduos com IRC.

A partir do exposto observa-se que as doenças crônicas tem recebido cada vez mais atenção por parte dos diversos profissionais da saúde. Muitos estudos têm procurado avaliar o impacto desse tipo de doença na qualidade de vida dessa população, já que se tratam de doenças permanentes e de progressão lenta, necessitando de tratamento para controle e manutenção da vida. A IRC, sendo uma doença crônica, possui tais características e o tratamento dialítico exige empenho de grande parte do tempo dos indivíduos para sua realização, podendo causar variadas mudanças na vida dos pacientes. Dessa forma, sobreviver não significa viver bem o que demonstra a importância da avaliação individual e contínua da qualidade de vida, considerando o máximo possível os aspectos individuais de cada doença e de cada paciente em particular.

1.2. Insuficiência Renal Crônica e Depressão

Outro aspecto psicológico que merece grande atenção nos pacientes com IRC é a depressão, devido ao seu impacto tanto na qualidade de vida quanto na

adesão do paciente ao tratamento. Por envolver uma distorção negativa na maneira de o paciente avaliar a realidade e a si mesmo, a depressão provavelmente exerce um importante papel nas decisões do paciente, refletindo em uma má adesão (ALMEIDA, 2003).

Em revisão quantitativa e síntese de estudos que relacionaram a depressão com a má adesão dos pacientes ao tratamento, Dimatteo, Lepper e Croghan (2000) verificaram que os pacientes deprimidos têm um risco de não adesão aos tratamentos médicos três vezes maior que o dos pacientes não deprimidos. Tal fato pode ser explicado, pois alguns dos sintomas da depressão, tais como desesperança, perda de motivação e energia, dificuldades de concentração e memória e isolamento social podem prejudicar a adesão. Pode haver ainda um círculo vicioso em que depressão gera não aderência, o que leva a uma piora clínica do paciente, que torna o tratamento ainda mais aversivo e desestimula ainda mais o paciente, agravando assim a depressão (ALMEIDA e MELEIRO, 2000).

A associação de depressão com o aumento das taxas de mortalidade de pacientes com IRC tem se tornado um fator preocupante. Em seu estudo, Hedayatiet al.(2008) apontam que pacientes em hemodiálise e diagnosticados com depressão apresentam probabilidade duas vezes maior do que os não deprimidos para óbito ou hospitalização em um período de um ano. Por outro lado, Kimmelet al.(1998) estudaram 295 pacientes durante 26 meses, e não encontraram associação entre depressão, medida pelo instrumento BDI, e mortalidade. Para estes autores, os principais fatores que contribuem para a mortalidade do paciente são clínicos: idade avançada, diabetes mellitus e comorbidades.

Diante do exposto, verifica-se que a doença renal crônica e o tratamento hemodialítico provocam nos pacientes importante impacto emocional e que os efeitos deste impacto sobre as respostas clínicas não são totalmente conhecidos. De qualquer forma, ainda que não repercutam na saúde física destes indivíduos, quadros de depressão e prejuízos na qualidade de vida geram sofrimento psicológico e devem, por isso, ser analisados e minimizados.

Sendo assim, mostra-se relevante a realização de estudos que se voltem à avaliação de aspectos psicológicos nestes pacientes e que busquem associações entre variáveis que possam explicar a ocorrência de sintomas. Espera-se que tal

avaliação possa contribuir para planejamento e desenvolvimento de intervenções eficazes que reflitam na melhoria destas condições nesta população, promovendo humanização no atendimento à saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais:

Avaliar a percepção da qualidade de vida e a presença de sintomas de depressão em pacientes com Insuficiência Renal Crônica em hemodiálise no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRPUSP) e identificar possíveis relações entre estes aspectos psicológicos e variáveis sociodemográficas e clínicas.

2.2 Objetivos Específicos:

- Realizar caracterização sociodemográfica de uma amostra de pacientes em hemodiálise no HCFMRP-USP;
- Relacionar as medidas de depressão e qualidade de vida com fatores sociodemográficos (gênero, idade, sexo, nível socioeconômico) e clínicos (tempo de tratamento e outras doenças associadas);
- Gerar dados que viabilizem o aprimoramento de intervenções psicológicas para esta população;
- Produzir dados que estimulem e embasem novas pesquisas a respeito do tema.

3. MÉTODO

3.1 Local da Pesquisa

A coleta dos dados foi realizada na Unidade de Diálise do HCFMRPUSP, instituição de saúde beneficiada do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2 Participantes

Foram convidados a participar do estudo os pacientes adultos, com idade igual ou superior a 18 anos, que realizavam seu tratamento na Unidade de Diálise do HCFMRPUSP. A amostra foi composta por 30 participantes, divididos igualmente por gênero (15 homens e 15 mulheres). Não houve critérios relativos à cor, classe ou estado geral de saúde, já que tais dados foram avaliados como variáveis do estudo.

Critérios de Inclusão:

- Indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, pertencentes a qualquer grupo étnico ou social;
- Indivíduos portadores de IRC que estivessem realizando hemodiálise há no mínimo seis meses;
- Indivíduos que não preenchessem critérios ou possuíssem diagnóstico de algum Transtorno de Eixo II (Transtornos de Personalidade ou Retardo Mental) segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª Ed. (DSM-IV), que foi verificado através de consulta ao prontuário médico do paciente ou após o contato com o paciente.

Critérios de Exclusão:

- Pacientes com deficiência auditiva, visual ou qualquer outro tipo de deficiência que os impossibilite de preencher os instrumentos ou de compreender instruções;
- Pacientes com infecção, doença de base descompensada, doenças autoimunes ou qualquer outro agente complicador que pudesse prejudicar sua percepção sobre a qualidade de vida, além da doença renal.

3.3 Materiais e Instrumentos

3.3.1 Roteiro de entrevista semiestruturado (ANEXO B)

É composto por treze questões, subdivididas em três tópicos que visam avaliar aspectos sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda familiar), história médica e quadro clínico atual e histórico familiar dos pacientes. Este roteiro foi estruturado com base em revisão de literatura e em roteiros desenvolvidos para outras pesquisas no Serviço de Psicologia do HCFMRP – USP, sob coordenação e orientação do Prof. Dr. Ricardo Gorayeb.

3.3.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI) – (ANEXO C)

Este instrumento foi desenvolvido por Aaron Beck e validado para a população Brasileira por Cunha (2001), com a finalidade de avaliar sintomas físicos, comportamentais e cognitivos da depressão. É composto por vinte e um itens que se referem à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. Cada resposta tem um valor que varia de 0 a 3 pontos. Para chegar ao resultado final, soma-se os pontos obtidos em cada resposta. Os valores obtidos fornecem um indicativo da gravidade do quadro depressivo : 0-9 indicam que o indivíduo não está deprimido, 10-18 indicam depressão leve a moderada, 19-29 indicam depressão moderada a grave e 30-63 indicam depressão grave. O ANEXO C contém apenas a capa do manual do Inventário de Depressão de Beck (BDI) por se tratar de um instrumento com direitos autorais, cujas cópias são proibidas. Para esta pesquisa serão utilizadas as folhas de resposta originais adquiridas pelo Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP).

3.3.3 Kidney Disease Quality of Life Short-Form (KDQOL-SF) – (ANEXO D)

O KDQOL é um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida em pacientes renais crônicos, desenvolvido por Hays et. al, (1997) e adaptado e validado para a população brasileira por Duarte, Ciconelli e Sesso (2005). O

KDQOL-SF inclui uma medida genérica de qualidade de vida (SF-36) e mais 43 itens voltados para as preocupações particulares dos pacientes renais crônicos.

O SF-36 é composto de 36 itens, divididos em oito dimensões: funcionamento físico (10 itens), limitações causadas por problemas de saúde física (quatro itens), limitações causadas por problemas da saúde emocional (três itens), funcionamento social (dois itens), saúde mental (cinco itens), dor (dois itens), vitalidade – fadiga/energia- (quatro itens), percepções da saúde geral (cinco itens) e estado de saúde atual comparado a um ano atrás (um item), que é computado à parte.

Os itens específicos sobre a doença renal estão divididos em 11 dimensões: lista de sintomas/problemas (12 itens), efeitos da doença renal sobre a vida diária (oito itens), sobrecarga imposta pela doença renal (quatro itens), condição de trabalho (dois itens), função cognitiva (três itens), qualidade das interações sociais (três itens), função sexual (dois itens), sono (quatro itens), suporte social (dois itens), estímulo da equipe de diálise (dois itens) e satisfação do paciente (um item). Além disso, o item contendo uma escala variando de 0 a 10 para avaliação da saúde geral também é computado a parte.

Algumas perguntas apresentam formato de resposta dicotômica (sim, não). Porém, o formato de resposta mais frequente é a escala Likert.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os pacientes foram convidados a participar deste estudo durante sua sessão de hemodiálise. O paciente permaneceu sentado na poltrona ao lado da máquina de diálise e a pesquisadora sentou-se em uma cadeira ao seu lado, de forma a não prejudicar o seguimento do tratamento e preservar o máximo possível o sigilo e privacidade do paciente. Neste contato, inicialmente foram explicados ao paciente os objetivos, procedimentos do estudo e informações importantes a respeito de sua participação. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido a todos os participantes da pesquisa. Após o aceite e a assinatura do Termo, a coleta de dados ocorreu durante a própria sessão de hemodiálise, prioritariamente na sua primeira metade, visando minimizar qualquer viés provocado pelo possível mal estar decorrente da sessão. Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados na seguinte ordem: entrevista semiestruturada, KDQOL e BDI. Não foi verificada

qualquer reação de mal estar no momento da aplicação da entrevista, assim nenhuma entrevista precisou ser interrompida antes de seu término.

3.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos a partir do BDI foram analisados de acordo com os critérios e recomendações definidos por Cunha (2001), pesquisadora que realizou a adaptação e validação deste para a população brasileira. Os dados obtidos a partir do KDQOL-SF foram analisados a partir dos critérios propostos por Duarte et. al. (2005), responsáveis por sua adaptação e validação para o Brasil

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o pacote *StatisticalPackagefortheSocialSciences*, para Windows, versão 17 (SPSS 17.0).

Inicialmente foi feita descrição das variáveis sociodemográficas e clínicas em termos de frequências e percentagens. Para comparação das variáveis sociodemográficas e clínicas e as dimensões de qualidade de vida foram utilizados os testes não paramétricos Kruskal-Wallis, quando de variáveis com mais de dois agrupamentos, e U de Mann-Whitney.

Também foi feita correlação entre os dados obtidos nos instrumentos de avaliação de depressão e qualidade de vida através do Teste de Correlação de Spearman.

O critério de significância alpha de 0,05 foi corrigido para os casos de múltiplas comparações.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Primeiramente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP – USP e, somente após sua aprovação, foi iniciada a coleta dos dados. Os pacientes participaram da pesquisa mediante interesse pessoal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo orientações da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP/96) para pesquisa com seres humanos. Os participantes que apresentaram necessidades e/ou interesse em atendimento psicoterápico, verificada durante a pesquisa, foram atendidos pelo profissional contratado do setor em que realizam seu tratamento no HCFMRP-USP.

4 RESULTADOS

A apresentação dos dados foi dividida em duas partes: a primeira é composta pela caracterização sociodemográfica e clínica de uma amostra de pacientes em hemodiálise no HCFMRP-USP, bem como a descrição dos resultados referentes às variáveis psicológicas avaliadas por meio da aplicação de instrumentos padronizados. Em seguida, são apresentados os resultados dos testes estatísticos que verificaram a existência de associação entre as medidas de depressão e qualidade de vida e os fatores sociodemográficos (gênero, idade, sexo, nível socioeconômico) e clínicos (tempo de tratamento e outras doenças associadas) na amostra estudada.

4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

O presente trabalho contou com um número total de 30 pacientes com IRC em tratamento hemodialítico, com idade superior a 18 anos e divididos igualmente entre os sexos. Em relação ao turno em que realizavam as sessões de hemodiálise, 46,7% da amostra integravam o turno da manhã (dialisando das 6h30min. às 10h30min.), 36,7% dialisavam no turno da tarde (das 11h30min. às 15h30min.) e 16,7% dos participantes dialisavam no turno vespertino (das 16h30min. às 20h30min.).

A distribuição dos pacientes em relação às características sociodemográficas está descritas na Tabela 1.

Tabela 1–Características sociodemográficas da amostra de pacientes em hemodiálise (n=30)

VARIÁVEL		Freq.	%
<i>Idade</i>	Entre 28 e 45 anos	11	36,7
	Entre 46 e 65 anos	13	43,3
	Mais de 65 anos	6	20,0
<i>Escolaridade</i>	Analfabeto ou Fund. Completo ou Incompleto	14	46,7
	Ensino Médio Completo ou Incompleto	15	50,0
	Ensino Superior Completo ou Incompleto	1	3,3
<i>Estado Civil</i>	Com companheiro	19	63,3
	Sem companheiro	11	36,7
<i>Situação Empregatória</i>	Trabalha	3	10,0
	Não trabalha	27	90,0
<i>Renda Familiar Mensal</i>	Entre 1 e 2 SM	5	16,7
	Entre 2 e 3 SM	11	36,7
	Entre 3 e 5 SM	5	16,7
	5 ou mais SM	9	30,0

No que concerne à situação empregatícia da amostra deste estudo, também foram avaliados os motivos pelos quais os participantes que não tinham nenhuma atividade laboral estavam nessa situação. Dessa maneira, observou-se que dos 27 participantes que não estavam trabalhando atualmente, mais da metade encontra-se aposentado (56,7%), seis participantes (20% da amostra) já estavam desempregados antes do adoecimento e o restante dos participantes dividiram-se igualmente entre as categorias afastado do trabalho e desempregado após o adoecimento com porcentagem de 6,7% cada categoria.

Com relação às características clínicas, os participantes da pesquisa estavam em hemodiálise, em média, há 41,16 meses, sendo que o tempo de tratamento variou de 8 a 108 meses. Quanto às comorbidades clínicas, observou-se que apenas sete participantes (23,3%) não referiram nenhuma doença associada à IRC. O restante da amostra, 23 participantes (76,7%), apresentavam algum tipo de doença além da IRC. A distribuição dos pacientes em relação às principais doenças associadas está descrita na Tabela 2.

Tabela 2 – Comorbidades clínicas da amostra de pacientes em hemodiálise (n=30)

Doença	Freq.	%
<i>Diabetes Mellitus</i>	6	20,0
<i>Hipertensão Arterial</i>	15	50,0
<i>Outras</i>	11	36,7

A categoria “outras” obteve elevada frequência na população estudada devido ao fato de que diversas doenças foram incluídas nessa categoria, tais como: hipotireoidismo, doenças cardiovasculares, doenças oftalmológicas, bexiga neurogênica e hepatite. A frequência de tais doenças não foi descrita separadamente devido à baixa incidência na amostra estudada.

Também foi avaliado, por meio do Inventário de Depressão de Beck (BDI), o nível de depressão dos participantes deste estudo. Como resultado, verificou-se que a maioria dos indivíduos apresentava nível mínimo de sintomas depressivos, como pode ser observado no Gráfico 1.

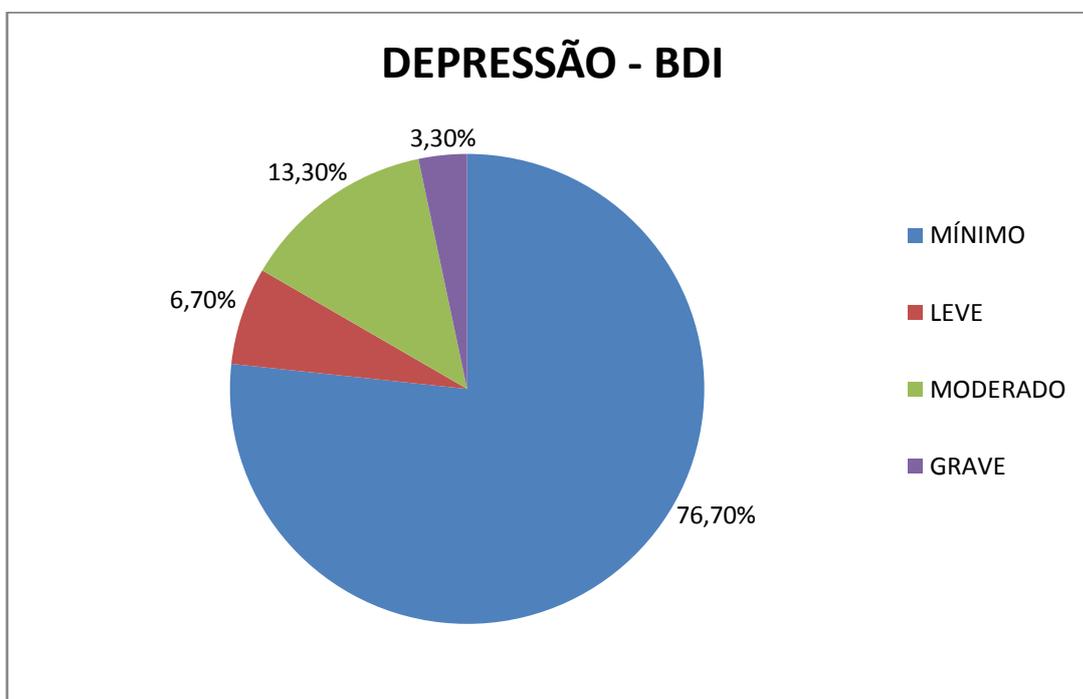
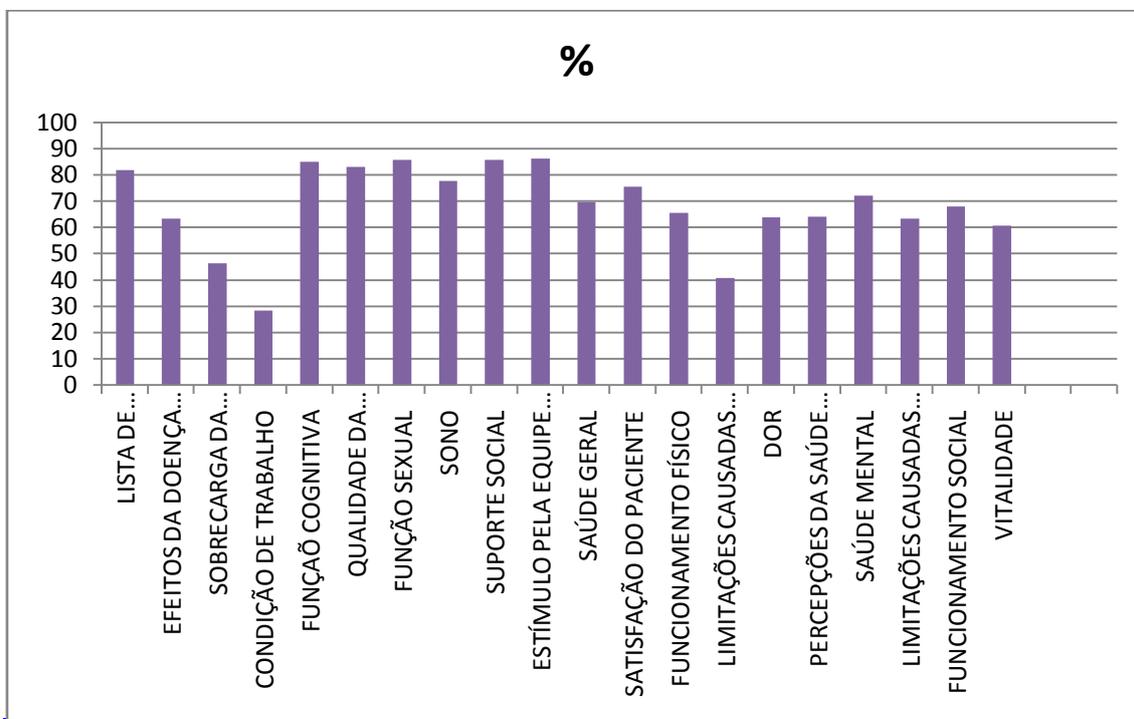


Gráfico 1 – Nível de Depressão avaliado pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Por fim, foi avaliado, por meio do instrumento Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL – SF), a qualidade de vida dos participantes deste estudo. As médias de cada uma das 20 subescalas deste instrumento podem ser observadas no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Médias das subescalas do Instrumento Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL – SF)



4.2 Características sociodemográficas e dimensões de qualidade de vida

As variáveis sociodemográficas foram analisadas em relação às dimensões de qualidade de vida avaliadas pelo KDQOL-SF. Não foi encontrada evidência de associação estatisticamente significativa entre o tempo de tratamento, a escolaridade, o estado civil e a renda mensal em relação à qualidade de vida, o que implica dizer que tais características da amostra estudada parecem não influenciar na qualidade de vida que os participantes avaliam ter.

Observou-se que houve diferença estatisticamente relevante entre a variável sexo e duas dimensões de qualidade de vida: “Lista de sintomas/problemas” (U=49,00; p=0,008) e “Funcionamento físico” (U=54,50; p<0,016). Em ambas, os homens obtiveram médias maiores que as mulheres, como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 - Associações estatisticamente significativas entre sexo e qualidade de vida

Sexo	Lista sintomas/problemas	Funcionamento físico
<i>Masculino</i>	88,333	76,00
<i>Feminino</i>	75,28	55,00

Assim observa-se que os participantes do sexo masculino avaliam como melhor sua qualidade de vida quando pensam em sua função física e nos efeitos do adoecimento quando comparados com as participantes do sexo feminino.

Em relação à idade, também foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias e a dimensão “Suporte social” ($\chi^2= 8,76$; $p=0,012$). O grupo entre 31 e 45 anos apresentou um escore médio menor (média=75,00) que os grupos com idade entre 46 e 65 anos (média=85,90) e com mais de 65 anos (média=100,00). Estes dados demonstram que pessoas mais velhas têm maior nível de apoio e suporte que indivíduos mais jovens.

Também foi observada diferença entre os turnos em que os participantes dialisam e a dimensão “Funcionamento físico” ($\chi^2= 8,79$; $p=0,012$), o que foi apresentado na Tabela 4.

Tabela 4-Associações estatisticamente significantes entre turno de tratamento e qualidade de vida

Turno	Funcionamento físico
<i>Manhã (6h30min. às 10h30min.)</i>	73,93
<i>Tarde (11h30min. às 15h30min.)</i>	49,09
<i>Vespertino (16h30min. às 20h30min.)</i>	78,00

O grupo de participantes que dialisam no turno da manhã apresentou escore médio superior ao grupo que realiza HD no turno da tarde. O turno da tarde também se diferenciou do turno vespertino apresentando média significativamente menor, o que demonstra que o grupo de indivíduos que realiza HD no turno da tarde é o que avalia como pior sua função física.

Quando analisadas as relações entre a existência de trabalho atual e as dimensões de qualidade de vida, encontrou-se diferença significativa entre os

subgrupos com e sem trabalho ($U=1,50$; $p=0,002$), sendo que o subgrupo com trabalho apresentou escore médio maior (média=100,00) que o subgrupo sem trabalho (média=20,37). Na mesma direção, também foi verificada diferença semelhante entre os subgrupos com e sem trabalho na dimensão “Funcionamento físico”, já que o primeiro grupo apresentou novamente escore médio maior (média=93,33) que o segundo (62,41). Dessa forma, fica evidente que a presença de uma atividade laboral colabora para a melhor manutenção do funcionamento físico e da qualidade de vida dos indivíduos.

4.3 Características clínicas e dimensões de qualidade de vida

As variáveis clínicas também foram analisadas em relação às dimensões de qualidade de vida. Não foi encontrada evidência de associação estatisticamente significativa entre a existência de comorbidade e a qualidade de vida. Isto implica dizer que neste estudo a existência de outras doenças além da IRC parece não influenciar na qualidade de vida que os indivíduos avaliam ter.

Em contrapartida, quando analisadas as principais comorbidades separadamente em relação às dimensões de qualidade de vida, foram encontradas diferenças estatísticas que demonstram uma tendência à diferença entre os subgrupos com e sem Diabetes ($U=35,00$; $p=0,055$) na dimensão “Dormir”, com o primeiro subgrupo tendo um escore maior (média=90,00) do que o segundo (média=74,69). Também foi evidenciada diferença entre os subgrupos com e sem Diabetes ($U=36,50$; $p=0,056$) na dimensão “Limitações causadas por problemas de saúde física”, com o primeiro grupo tendo novamente um escore maior (média=66,67) do que o segundo (média=34,37). Assim, observa-se que o grupo de participantes com Diabetes avaliou como melhor sua qualidade de vida nessas dimensões do instrumento quando comparados com os participantes sem diabetes.

Também foi encontrada tendência à diferença entre os subgrupos com e sem outras doenças na dimensão “Efeitos da Doença Renal” ($U=60,00$; $p=0,055$) e “Limitações causadas por problemas de saúde emocional” ($U=53,00$; $p=0,019$). Em ambas as dimensões os escores do subgrupo com outras doenças foi maior que o subgrupo sem outras doenças. Parece que os indivíduos com outras doenças, assim como o grupo de participantes diabéticos, avaliam como melhor sua qualidade de

vida que os participantes que não tinham nenhuma outra patologia além da IRC. As médias podem ser observadas na Tabela 5.

Tabela 5 - Diferenças entre os grupos Com e Sem outras doenças e qualidade de vida

Dimensões KDQOL	Com outras doenças	Sem outras doenças
<i>Efeitos da doença renal</i>	70,46	59,38
<i>Limitações causadas por problemas de saúde emocional</i>	81,82	52,63

4.4 Depressão e dimensões de qualidade de vida

Os dados coletados a partir do instrumento que avalia de sintomas depressivos – BDI- foram analisados em relação à qualidade de vida de duas formas: primeiro relacionando as dimensões do KDQOL com os níveis de classificação do BDI segundo a proposta do manual de interpretação (mínimo, leve, moderado e grave); e posteriormente foram realizadas as correlações do escore do BDI com as dimensões de qualidade de vida. É importante apontar que um participante foi retirado da análise da classificação do BDI por ser o único em sua categoria (grave). Além disso, é válido considerar que na classificação da amostra segundo o nível de depressão, os grupos moderado e leve foram compostos por poucos participantes, ficando com um N reduzido (n=4 e n=2 respectivamente).

Quando se analisam qualidade de vida e os níveis de depressão, nota-se diferença estatisticamente relevante entre os níveis moderado e mínimo de depressão nas seguintes dimensões de qualidade de vida: “Efeitos da doença renal” (c2=8,86; p=0,012), “Função cognitiva”, (c2=10,02; p=0,007), “Qualidade da interação social” (c2=11,21; p=0,004), “Saúde geral” (c2=9,25; p=0,010), “Percepção da saúde geral” (c2=9,29; p=0,010) e “Limitações causadas por problemas de saúde emocional” (c2=9,88; p=0,007). Em todas as dimensões, os participantes classificados com nível mínimo de depressão obtiveram escores superiores aos

participantes com nível moderado de depressão, o que pode ser observado na Tabela 6.

Tabela 6 – Médias das dimensões de qualidade de vida nos grupos com depressão mínima e moderada

Dimensões KDQOL	BDI		
	Mínimo	Moderado	P*
<i>Efeitos da doença renal</i>	55,98	7,81	0,008
<i>Função cognitiva</i>	93,04	56,67	0,003
<i>Qualidade da interação social</i>	91,30	51,66	0,003
<i>Saúde geral</i>	77,83	37,50	0,003
<i>Percepção da saúde geral</i>	73,70	36,25	0,009
<i>Limitações causadas por problemas de saúde emocional</i>	76,81	25,00	0,008

* critério de significância corrigida para $\alpha=0,016$

Parece que quanto menores os níveis de depressão melhor é a qualidade de vida do indivíduo nesses aspectos. Também foi observada diferença estatisticamente significativa entre o grupo com nível mínimo e o grupo com nível leve de depressão nas seguintes dimensões de qualidade de vida: “Limitações causadas por problemas de saúde emocional” ($U=4,00$; $p=0,038$) e “Saúde mental” ($U=0,50$; $p=0,022$). Em ambos os aspectos, os indivíduos classificados com nível mínimo de depressão apresentaram escores maiores que os participantes do grupo com nível leve de depressão, cujos valores estão apresentados na Tabela 7. Assim, mesmo os indivíduos com sintomas leves de depressão apresentam pior avaliação de sua qualidade de vida se comparados com aqueles que apresentam nível mínimo desses sintomas.

Tabela 7 - Médias das dimensões de qualidade de vida nos grupos com depressão mínima e leve

Dimensões KDQOL	BDI		
	Mínimo	Leve	P*
<i>Limitações causadas por problemas de saúde emocional</i>	76,81	16,66	0,022
<i>Saúde mental</i>	83,83	46,00	0,038

* critério de significância corrigida para alpha=0,016

Por fim, também foram realizados testes estatísticos visando verificar a existência de correlações entre as medidas de depressão (escore do BDI) e qualidade de vida (dimensões do KDQOL). Esses testes demonstraram que há correlação negativa significativa entre depressão e qualidade de vida na maioria das dimensões como pode ser observado na Tabela 8.

Tabela 8 – Correlação entre Depressão e Qualidade de Vida

Dimensões KDQOL	Coefficiente de correlação	p	Força da correlação
<i>Lista se sintomas e problemas</i>	-0,48	0,007	Moderada
<i>Efeitos da doença renal</i>	-0,45	0,013	Moderada
<i>Sobrecarga da doença renal</i>	-0,608	<0,001	Forte
<i>Condições de trabalho</i>	-0,461	0,010	Moderada
<i>Função cognitiva</i>	-0,553	0,002	Moderada
<i>Qualidade da interação social</i>	-0,608	<0,001	Forte
<i>Função sexual</i>	-0,813	<0,001	Forte
<i>Funcionamento físico</i>	-0,537	0,002	Moderada
<i>Limitações causadas por problemas de saúde emocional</i>	-0,679	<0,001	Forte
<i>Dor</i>	-0,447	0,013	Moderada
<i>Percepção da saúde geral</i>	-0,702	<0,001	Forte
<i>Limitações causadas por problemas de saúde física</i>	-0,508	0,004	Moderada
<i>Saúde mental</i>	-0,843	<0,001	Forte

<i>Funcionamento social</i>	-0,641	<0,001	Forte
<i>Vitalidade</i>	-0,530	0,003	Moderada
<i>Sono</i>	-0,620	<0,001	Forte

Segundo os resultados encontrados na amostra estudada, novamente parece que quanto maior for o nível de depressão, pior é a avaliação que o indivíduo faz de sua qualidade de vida.

5 DISCUSSÃO

Nos dias de hoje é comprovado estatisticamente que as doenças crônicas têm uma epidemiologia significativa na população mundial. A hemodiálise é um dos tratamentos mais comuns indicados hoje para o tratamento da IRC. Entretanto, apesar de seu bom resultado clínico é um tratamento que exige alto custo de resposta do indivíduo, já que é necessário despender grande parte do tempo para sua realização e desenvolver recursos para lidar com as limitações e os efeitos colaterais aversivos que podem ocorrer durante ou após as sessões de hemodiálise. Diante dessa situação, a literatura científica tem estudado e descrito com frequência as limitações que IRC e seu tratamento impõem ao indivíduo, apontado a necessidade cada vez maior de intervenções que minimizem os impactos psicológicos e sociais associados a esse processo de adoecimento crônico, melhorando a qualidade de vida dessa população.

5.1 Dados Sociodemográficos e Clínicos

Nesta pesquisa os participantes foram divididos igualmente entre os sexos, mas observa-se que os dados da literatura ainda são controversos em relação à prevalência da IRC em um gênero. Entretanto, diversas pesquisas têm encontrado uma maioria de participantes do sexo masculino em suas amostras (SCHWARTZMANN et al., 1998; CASTRO et al., 2003; SANTOS, 2005; HIGA et al., 2008; CORDEIRO et al., 2009).

Em relação à idade, a maioria dos participantes dessa pesquisa (43,3%) apresentava idade entre 46 e 65 anos sendo a média de idade dessa amostra de 53,4 anos, o que está em consonância com a faixa etária encontrada em outros estudos realizados com amostras semelhantes (MARTINS, FRANÇA E KIMURA, 1996; SCHWARTZMANN et al., 1998; CASTRO et al., 2003; PASSOS, 2003; SANTOS, 2005; HIGA et al., 2008; CORDEIRO et al., 2009).

Pesquisa realizada por Passos et al. (2003) em Bambuí-MG com o objetivo de estimar a prevalência de pessoas com alguma lesão renal no Brasil já deixava pistas sobre maior frequência de valores elevados de creatinina entre os idosos, demonstrando que o grupo de risco em relação à idade são as pessoas mais

velhas, já que parece existir uma associação significativa entre o aumento da idade e o desenvolvimento da insuficiência renal crônica e necessidade de terapia substitutiva da função dos rins. Tal associação traz à tona uma questão importante: a adesão dos pacientes ao tratamento das doenças de base. É possível que o aparecimento da doença renal crônica em idades mais avançadas seja resultado de um autocuidado deficiente em doenças anteriores e estágios menos avançados da doença renal.

No que diz respeito à escolaridade e renda da amostra estudada, verifica-se maior frequência de pacientes com baixo nível de escolaridade e baixa renda mensal, características observadas também em outros estudos com renais crônicos (MARTINS, FRANÇA E KIMURA, 1996; CASTRO et al., 2003; HIGA et al., 2008; CORDEIRO et al., 2009; NAKAO, 2013). Assim, é possível que pessoas com nível socioeconômico mais baixo e menor grau de instrução tenham maior dificuldade no acesso ao sistema de saúde público e/ou menos compreensão das orientações médicas fornecidas durante o processo de adoecimento desde o tratamento da doença de base até o grau mais elevado da falência renal.

Em consonância com dados de literatura, a ausência de atividade laboral remunerada também foi observada na grande maioria da amostra deste estudo (90%). É importante citar que dos 27 participantes que não estavam trabalhando atualmente mais da metade encontra-se aposentado (56,7%). Entretanto, mesmo dispondo de algum meio de renda mensal, o impacto negativo que o adoecimento pode gerar no indivíduo é intenso. Duarte et al. (2003) apontam que a percepção da redução da própria saúde e capacidade laboral afeta a autoestima, disposição e energia do paciente podendo causar prejuízos em diversos contextos de sua vida.

Em relação ao estado civil, assim como em muitos estudos com amostras de renais crônicos em hemodiálise, os dados encontrados nesta pesquisa apontam para uma maior frequência de indivíduos casados ou amasiados, ou seja, que vivem com algum companheiro (a). Nesse sentido, Bittencourt (2003) alerta que o aparecimento de uma doença deste tipo em um dos membros do casal pode gerar alteração nos papéis desempenhados na dinâmica familiar, bem como dificuldades

no relacionamento sexual, gerando frequentemente problemas relacionados à autoestima e conflitos conjugais.

Pode-se verificar na amostra estudada elevada frequência de comorbidades, ou seja, 23 participantes (76,7%) apresentavam algum tipo de doença além da IRC, sendo as mais frequentes a hipertensão (50%) e o diabetes (20%). Quando olhamos para a literatura científica da área nota-se que tais patologias muito comumente estão relacionadas à perda progressiva da função renal que leva a necessidade de diálise (ROMÃO JR., 2004).

Estudos específicos sobre hipertensão demonstram que a prevalência desta doença é mais frequente em grupos de pessoas com menor nível de escolaridade (CASTRO, MONCAU e MARCOPITO, 2006; HARTMAN et al., 2007). Tais dados vêm de encontro com os resultados encontrados nessa pesquisa. Possivelmente pela amostra ser composta, em sua maioria, por indivíduos com baixa escolaridade há uma frequência maior de hipertensão que por dificuldade de acesso a serviços de saúde ou má adesão do paciente conduziram ao comprometimento renal. Assim, nota-se que o baixo nível de escolaridade muitas vezes combinado com uma situação econômica desfavorável influenciam negativamente a saúde dos indivíduos, a adesão ao tratamento e a consequente eficácia destes.

Também foi avaliado, por meio do Inventário de Depressão de Beck (BDI), o nível de depressão dos participantes deste estudo. Como resultado, verificou-se que a maioria dos indivíduos (76,70%) apresentava nível mínimo de sintomas depressivos, o que também foi verificado em estudo realizado por Higa et al. (2008), que indicou que tais pacientes parecem lidar melhor com aspectos psicológicos, quando comparado com outros âmbitos como o ambiental e físico.

Entretanto, na literatura científica da área, estudos realizados no Brasil e no exterior, encontraram resultados diferentes dos acima expostos, relatando taxas de prevalência da depressão superiores às avaliadas nessa amostra. Koo et al. (2003) encontraram uma taxa de 56,5% de depressão em sua amostra de 62 pacientes renais crônicos em hemodiálise na Coreia. Corroborando com esses dados Kimmel, Thamer, Richard e Ray (1998) apontam que os pacientes renais crônicos em hemodiálise apresentam 1,5 a 3 vezes mais chances de internação psiquiátrica,

especialmente por transtornos depressivos, quando comparados a pacientes com outras doenças crônicas.

No Brasil Finger et al. (2011) também realizaram uma pesquisa utilizando o BDI em uma amostra de 58 pacientes em hemodiálise no sul do país, e encontraram uma prevalência de depressão de 44% nesse grupo de pacientes.

Dessa forma, observa-se que os dados da literatura são controversos quanto à frequência e influência de sintomas depressivos nessa população. Thomas e Alchieri (2005) e Zimmermann, Carvalho e Mari (2004) reforçam que os resultados acerca da prevalência e da influência da depressão na evolução dos pacientes renais crônicos atualmente não são conclusivos, mas apontam para existência maior de uma tendência à associação direta entre depressão, morbidade e mortalidade nesses pacientes.

Algumas hipóteses podem ser levantadas para melhor compreensão do baixo nível de depressão encontrado na amostra desse estudo. O tempo médio de tratamento dos pacientes foi elevado, 41,16 meses, o que pode indicar que o período de maiores dificuldades de ajustamento e vivência mais intensa de sentimentos aversivos e aceitação da nova condição de saúde e rotina já havia passado para maioria da amostra. Assim os participantes parecem ter conseguido se adaptar a nova condição de saúde e ao tratamento, gerando menor comprometimento psicológico. Além disso, o bom resultado aqui encontrado pode estar associado ao fato dos pacientes avaliarem bom suporte e vínculo com equipe de saúde da unidade que dialisam, demonstrando satisfação com o tratamento recebido, o que diminui a aversividade do ambiente e do tratamento.

Contudo não podemos chegar a uma conclusão única, já que há sempre a subjetividade de cada população estudada, a diferença dos serviços de diálise, da equipe e dos instrumentos avaliativos utilizados, explicando a contraditoriedade dos dados científicos atuais.

5.2 Dados Sociodemográficos e Clínicos X Qualidade de vida

Não foi encontrada evidência de associação estatisticamente significativa entre o tempo de tratamento, a escolaridade, o estado civil e a renda mensal em relação à qualidade de vida nesta pesquisa. Entretanto, outros estudos

demonstraram a existência de influência entre o tempo de hemodiálise e aspectos relacionados ao enfrentamento da situação, sugerindo que quanto maior o tempo do paciente em tratamento melhor ele lida com as dificuldades associadas ao início desse processo (MARTINS E CESARINO, 2005; SILVA et al.,2011).

Tais resultados podem ser compreendidos a partir do raciocínio de que diante da situação de adoecimento cada indivíduo necessita de um tempo para lidar com os sentimentos iniciais despertados por essa situação para que posteriormente possa haver espaço para o desenvolvimento de um novo repertório comportamental que permita à superação dessas limitações e a adaptação às novas contingências de sua vida.

Em relação ao gênero, foi verificada diferença estatisticamente relevante entre homens e mulheres e duas dimensões de qualidade de vida: “Lista de sintomas/problemas” e “Funcionamento físico”, demonstrando que os participantes do sexo masculino avaliaram como melhor sua qualidade de vida quando comparados com as participantes do sexo feminino. Na literatura encontramos dados controversos em relação ao impacto do sexo na qualidade de vida desses pacientes. Corroborando os resultados aqui encontrados, Arretol et al. (2007) descreveram resultados que indicam que as mulheres tratadas cronicamente por hemodiálise apresentam piores escores do que os homens segundo o mesmo instrumento usado nesta pesquisa (KDQOL-SF). Os menores escores de QV em mulheres foram observados em diferentes grupos etários, independente de comorbidades. Entretanto em pesquisa realizada por Santos (2006) na Unidade de Diálise da Santa Casa de Sobral, Ceará, com uma população de 139 indivíduos não foi encontrada diferença no nível de qualidade de vida no que se refere ao sexo dos participantes.

Uma possível maneira de compreender os resultados referentes à melhor qualidade de vida em participantes do sexo masculino pode estar relacionada ao papel que a mulher ocupa na sociedade. Apesar de atualmente observar-se uma grande alteração em seu papel social, com frequente aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho, ainda é delegada a elas a responsabilidade pela prestação de cuidados a familiares necessitados, bem como a manutenção e

organização familiar e do lar. Assim, o acúmulo de responsabilidades e tarefas pode levar a um maior nível de cansaço e conseqüente pior avaliação de sua qualidade de vida.

No que diz respeito à idade, também foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias e a dimensão “Suporte social” do instrumento de qualidade de vida, demonstrando que pessoas mais velhas têm maior nível de apoio e suporte que indivíduos mais jovens. A literatura científica também encontra resultados que complementam os aqui encontrados, apontando que indivíduos renais crônicos mais jovens avaliam ter melhor qualidade que pessoas mais velhas (SCHWARTZMANN et al., 1998; SANTOS, 2006; SILVA et al.,2011).

Tais dados podem ser entendidos a partir do fato de que o envelhecimento é um fator de risco importante para o desenvolvimento de diversas doenças, aumento das limitações e conseqüente dependência de maiores cuidados, influenciando negativamente a qualidade de vida. Assim, compreende-se que pessoas com maior idade dentro da amostra estudada tenham avaliado obter mais suporte e ajuda que indivíduos jovens, os quais possivelmente apresentam menos dificuldades e maior autonomia em seu dia-a-dia.

Quando analisadas as relações entre a existência de trabalho atual e as dimensões de qualidade de vida, encontra-se diferença significativa entre os subgrupos com e sem trabalho: o subgrupo com trabalho apresentou escore médio maior que o subgrupo sem trabalho. Dessa forma, fica evidente que a presença de uma atividade laboral colabora para a melhor manutenção do funcionamento físico e da avaliação da qualidade de vida dos indivíduos desta amostra. Tais dados estão de acordo com os resultados de muitas pesquisas nacionais e internacionais que apontam que a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos é afetada negativamente principalmente em aspectos relacionados ao papel profissional. Assim o tamanho do impacto na qualidade de vida do indivíduo ocasionado pela ausência de uma atividade laboral pode ser compreendido quando olhamos para a forma como a sociedade econômica atual está organizada. Trata-se de uma sociedade capitalista em que o acúmulo de dinheiro, posses e o status profissional

são altamente valorizados. Dessa forma, não possuir um trabalho é não se incluir no perfil ideal valorizado, o que pode eliciar sentimentos negativos afetando a autoestima do indivíduo.

Também foi observada diferença entre os turnos em que os participantes dialisam e a dimensão “Funcionamento físico” demonstrando que o grupo de indivíduos que realiza HD no turno da tarde é o que avalia como pior sua qualidade de vida nesta dimensão. Não foram encontradas na literatura pesquisas que dessem enfoque a este aspecto. Entretanto, uma possível explicação para este resultado é de que os pacientes que dialisam durante a tarde tenham maior dificuldade de se organizar para realizar outras atividades cotidianas, inclusive atividade laboral, visto que o compromisso fixo no meio do dia em no mínimo três dias por semana inviabiliza uma quantidade de horas consecutivas necessárias ou requisitadas para o desempenho de certas tarefas principalmente de cunho profissional, que como dito acima, são muito valorizadas na sociedade atual.

Contrariando dados encontrados em outros estudos da literatura (CASTRO et al, 2003; KUSUMOTO et al., 2008), nesta amostra a existência de comorbidades associadas a IRC não influenciou na qualidade de vida que os indivíduos avaliam ter. Além disso, o subgrupo de participantes com diabetes avaliou como melhor sua qualidade de vida nas dimensões “Dormir” e “Limitações causadas por problemas de saúde física” quando comparados com os participantes sem diabetes. O subgrupo de pacientes com outras doenças, assim como os diabéticos, avaliaram como melhor sua qualidade de vida que os participantes que não tinham nenhuma outra patologia além da IRC. Tais resultados podem ter ocorrido devido ao fato da amostra aqui avaliada ser pequena e os pacientes com diabetes (N=6) ou com outras doenças (N=11) não representarem de fato tais grupos. Para se chegar a conclusões mais seguras seria necessária a realização de estudos que contassem com amostras maiores e considerassem mais variáveis como, por exemplo, o uso de analgésicos, calmantes ou outras medicações que melhoram o bem estar físico e a qualidade do sono.

5.3 Qualidade de vida e Depressão

Como já foi exposto, a maior parte da amostra estudada apresentou nível mínimo de depressão segundo avaliação realizada pelo BDI. Tal grupo de participantes classificados com nível mínimo de depressão obtiveram escores superiores na avaliação da qualidade de vida quando comparados aos participantes com nível moderado e leve de depressão. Assim, mesmo os indivíduos com sintomas depressivos leves apresentam pior avaliação de sua qualidade de vida.

Confirmando tais dados também foi verificada nesta pesquisa a existência de correlação negativa significativa entre depressão e qualidade de vida. Novamente parece que quanto maior for o nível de depressão pior é a avaliação que o indivíduo faz de sua qualidade de vida.

Resultados de diversos estudos na literatura científica corroboram os aqui encontrados apontando a importância da avaliação psicológica em pacientes renais crônicos em hemodiálise, destacando o impacto negativo principalmente da depressão na adesão ao tratamento e na qualidade de vida, reforçando a relação entre depressão e pior qualidade de vida (MELEIRO, 2000; ALMEIDA, 2003; ALMEIDA e THOMAS e ALCHIERI, 2005).

Tal relação pode ser entendida quando pensamos que as características dos sintomas depressivos levam a uma alteração na percepção da realidade e na avaliação que o indivíduo faz do ambiente, de si mesmo, de sua doença e dos resultados de seu tratamento, gerando um efeito negativo na forma como avalia sua qualidade de vida.

Muitas pesquisas, assim como esta, têm apontado que as maiores médias obtidas no instrumento de qualidade de vida (KDQOL) foram observadas na dimensão “estímulo por parte da equipe de diálise”. (SILVA et al., 2011; GRASSELLI et al., 2012). Este achado reforça o já apontado na literatura científica que o suporte familiar e da equipe de saúde mostraram-se importantes para favorecer a adaptação do paciente a nova realidade, rotina de tratamento e estilo de vida. Parece haver uma real existência entre a qualidade do apoio familiar e dos profissionais da saúde

como forte fonte de contribuição para a superação das limitações e adaptação às contingências do tratamento.

Tais dados poderiam explicar a boa avaliação da qualidade de vida da amostra aqui avaliada, na medida em que foram encontrados altos escores relativos ao suporte social, estímulo pela equipe de diálise e satisfação do paciente, além de baixos índices de sintomas depressivos.

Quando olhamos para essa análise assim como para todas as avaliações de qualidade de vida não podemos ter olhos conclusivos, é preciso sempre ter claro o conceito de qualidade de vida que enfatiza tratar-se de um conceito individual e uma avaliação subjetiva, sendo assim bastante difícil mensurar todos os aspectos relevantes para o indivíduo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo avaliar a percepção da qualidade de vida e a presença de sintomas de depressão em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise e identificar possíveis relações entre estes aspectos psicológicos e variáveis sociodemográficas e clínicas. Foi possível observar que na amostra estudada foi verificada baixa frequência de sintomas depressivos e boa avaliação de qualidade de vida apesar do adoecimento e do alto custo de resposta do tratamento hemodialítico. Observou-se que a existência de sintomas depressivos influenciam negativamente a qualidade de vida e que em contrapartida um eficaz suporte familiar e apoio da equipe de diálise favorecem melhores avaliações.

Portanto, estudos como este são muito válidos, pois possibilitam a ampliação do conhecimento que se tem sobre o complexo e amplo nicho de variáveis que podem influenciar positiva ou negativamente a avaliação que o indivíduo e ou grupos de pessoas com características semelhantes fazem de sua qualidade de vida, colaborando na elaboração serviços de atendimento mais eficazes e particularizados. Identificar variáveis que prejudicam ou aumentam a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise pode ser útil para planejar uma assistência psicológica mais eficiente que propicie a eliminação de estímulos aversivos e aumente os reforçadores na vida do paciente que convive com uma doença crônica.

Entretanto os resultados devem ser analisados com cautela, devido ao baixo número de participantes aqui avaliados (formando subgrupos diversas vezes pequenos) e ao fato de dialisarem em apenas uma unidade de tratamento. Também nunca se pode deixar de considerar as diferenças individuais, que em avaliações de qualidade de vida jamais devem ser ignoradas.

Em pesquisas futuras a ampliação da amostra e a inclusão de variáveis mais específicas como medidas clínicas colhidas em exames laboratoriais, medicações utilizadas e história de adoecimento e enfrentamento anterior podem colaborar para um controle maior de variáveis aqui não consideradas.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. M. A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 25, n. 4, p. 209-214, 2003.

ALMEIDA, A. M.; MELEIRO, A. M. A. S. Revisão: depressão e insuficiência renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 22, n. 1, p. 21-29, 2000.

BAROTFI, S.; MOLNAR M. Z.; ALMASI, C.; KOVACS, A. Z.; REMPORT, A.; SZEIFERT, L.; SZENTKIRALYI, A.; VAMOS, E.; ZOLLER R.; EREMENCO, S.; NOVAK, M.; MUCSI, I. Validation of the Kidney Disease Quality of Life-Short Form questionnaire in kidney transplant patients. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 60, n. 5, p. 495–504, 2006.

BITTENCOURT, Z. Z. L. C. *Qualidade de vida e representações sociais em portadores de patologias crônicas: estudo de um grupo de renais crônicos transplantados*. 139f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

BRITO, D. C. S. Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. *Psicologia em Estudo*, v. 14, n. 3, p. 603-607, 2009.

CANZIANI, M. E. F.; DRAIBE, A. S.; NADALETTO, M. A. J. Técnicas dialíticas na Insuficiência Renal crônica. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar*. UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: Nefrologia. Barueri: Manole, p. 223-237, 2005.

CARVALHO, C. O. M.; SARDENBERG, C.; MATOS, A. C. C.; NETO, M. C.; SANTOS, B. F. C. Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 26, n. 4, p. 216-222, 2004.

CASTRO, M.; CAIUBY, A. V. S.; DRAIBE, A. S.; CANZIANI, M. E. F. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF – 36. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 49, n. 3, p. 245-249, 2003.

CORDEIRO, J. A. B. L.; BRASIL, V. V.; SILVA, A. M. T. C.; OLIVEIRA, L. M. A. C.; ZATTA, L. T.; SILVA, A. C. C. M. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 11, n. 4, p. 785-793, 2009.

CUNHA, J. A. Manual da versão em português das escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CUNHA, F. L.; ZATTA, L.; VASCONCELOS, P.; ALVES, M. B.; SANTANA, J. R. S.; ROSA, L. F. R. Avaliação da qualidade de vida de portadores de insuficiência renal crônica em diálise renal. *Enfermaria Global*, v. 10, n. 23, p. 165-171, 2011.

DIMATTEO, M. R.; LEPPER, H. S.; CROGHAN, T. W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *ArchIntern Med*, v. 1, n. 7, p. 160-210, 2000.

DUARTE, P. S.; MIYAZAKI, M. C. O. S.; CICONELLI, R. M.; SESSO, R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). *Ver Assoc Med Bras*, n. 49, p. 375-381, 2003.

DYNIEWICZ, A. M.; ZANELLA, E.; KOBUS, L. S. G. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. *Revista Eletrônica de Enfermagem de Goiânia*, v. 6, n. 2, p. 199-212, 2004.

FINGER, G.; PASQUALOTTO, F. F.; MEDEIROS, G. S.; ABRUZZI JUNIOR, J.; MAY, W. S. Sintomas depressivos e suas características em pacientes submetidos a hemodiálise. *Revista de Amrigd*, n. 55, v. 4, p. 333-338, 2011.

GRASSELLI, C. S. M.; CHAVES, E. C. L.; SIMÃO, T. P.; BOTELHO, P. B.; SILVA, R. R. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, v. 10, n. 6, p. 503-507, 2012.

HAYS, R. D.; KALLICH, J. D.; MAPES, D. L.; COONS, S. J.; AMIN, N.; CARTER, W. B. *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF TM). Version 1.3: a manual for use and scoring*. Santa Monica: RAND/P-7994. p.1-39, 1997.

HEDAYATI, S. S; BOSWORTH, H. B.; BRILEY, L. P.; SLOANE, R. J.; PIEPER, C. F.; KIMMEL, P. L.; SZCZECH, L. A. Death or hospitalization of patients on chronic hemodialysis is associated with a physician-based diagnosis of depression. *Kidney International*, n. 74, p. 843-845, 2008.

HIGA, K.; KOST, M. T.; SOARES, D. M.; MORAIS, M. C.; POLINS, B. R. G. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm*, n. 21, p. 203-206, 2008.

HIGGINSON, I. J.; CARR, A. Using quality of life measures in the clinical setting. *British Medical Journal*, n. 322, p. 1297-1300, 2001.

K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002; 39: Supple 2:S1-S246.

KIMMEL, P. L.; THAMER, M.; RICHARD, C. M.; RAY, N. F. Psychiatric Illness in patients with end-stage renal disease. *The American Journal of Medicine*, n. 105, p. 214-221, 1998.

KIMMEL, P. L.; PETERSON, R. A.; WEIHS, K. L.; SIMMENS, S. J.; ALLEYNE, S.; CRUZ, I. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney International*, n. 54, p. 245-254, 1998.

KUSUMOTA, L. *Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise*. 150f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

KOO, J. R.; YOON, J. W.; KIM, S. G.; LEE, Y. K.; OH, K. H.; KIM, G. H.; et al. Association of depression with malnutrition in chronic hemodialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*, n. 41, v. 3, p. 1037-1042, 2003.

KUSUMOTO, L.; MARQUES, S.; HAAS, V. J.; RODRIGUES, R. A. P. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paul Enferm*, v. 21, p. 152-159, 2008.

LIMA, A. F. C.; GUALDA, D. M. R. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise. *Nursing*, v. 3, n. 30, p. 20-23, 2000.

LOPPES, A. A.; BRAGG-GRESHAM, J. L.; SATAYATHUM, S.; MCCULLOUGH, K.; PIFER, T.; ARRETOL, G.; ENDESM, C.; EÃO, J.; ARRETOL, E.; LVES, E.; MIRANDA, A. Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 53, n. 6, p. 506-509, 2007.

LUGON, J. R.; STROGOFF, J. P.; WARRAK, E. A. Hemodiálise. In: RIELLA, M. C. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 869-907, 2003.

MACHADO, G.; FIERRO, D.; SEGUÍ, J.; FERNÁNDEZ, R.; SALDÍA, R.; MORENO, V. Aplicación de un método de valoración de calidad de vida en un Centro de Hemodiálisis en Mendoza. *Nefrol. Diál. y Transp.*, v. 24, n. 1, p. 181-184, 2004.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 5, p. 670-676, 2005.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 4, n. 3, p. 5-18, 1996.

MOREIRA, C. A.; GARLETTI JUNIOR, W.; LIMA, L. F.; LIMA, C. R.; RIBEIRO, J. F.; MIRANDA, A. F. Avaliação das propriedades psicométricas básicas para aversão em

português do KDQOL-SF TM. *Revista de Associação Médica Brasileira*, v.55, n. 1, p. 8-22, 2009.

NAKAO, R. T. *Variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas associadas à hemodiálise*. 112f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2013.

OLBRISCH, M. E.; BENEDICT, S. M.; ASHE, K.; LEVENSON, J. L. Psychological assessment and care of organ transplant patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n. 70, p. 771-783, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Chronic Diseases*, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 14 mar. 2013.

PASSOS, V. M. A.; BARRETO, S. M.; LIMA-COSTA, M. F. F. Detection of renal dysfunction based on serum creatinine levels in a Brazilian community: the Bambuí Health and Ageing Study. *Brazilian journal of medical and biological research*, v. 36, n. 3, p. 393-401, 2003.

RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A. M.; MIYAZAKI, M. C. O. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estudos de Psicologia*, v. 12, n. 2, p. 177-184, 2007.

RIELLA, M. C. Insuficiência renal crônica. Fisiopatologia da uremia. In: _____. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 456-475, 1998.

RODRIGUES NETO, J. F. *Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise: um estudo prospectivo*. 180 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

ROMÃOJR, J. E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 26, n. 1, p. 1-3, 2004.

SANTOS, P. R. Associação de qualidade de vida com hospitalização e óbito em pacientes portadores de doença renal crônica em hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 27, n. 4, p.184-190, 2005.

SANTOS, P. R.. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 52, n. 5, p. 356-359, 2006.

SCHWARTZMANN, L; OLAIZOLA, I. R. O.; DERGAZARIAN.S.; GUERRA, A. S. A.; CERETTI, T. H. B.; PORLEY, G.; FRANCOLINO, C. Calidad de vida de pacientes en hemodiálisis. *Arch med interna Montevideo*, v. 20, n. 4, p. 173-178, 1998.

SILVA, A. S.; SILVEIRA, R. S.; FERNANDES, G. F. M.; LUNARDI, V. L.; BACKES, V. M. S. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 64, n. 05, p. 839-844, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/eventos/projeto.pdf>. Acesso em: 1. Nov. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/>. Acesso em: 13. Mar. 2013.

The WHOQOL Group the World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, v. 10, p. 1403-1409, 1995.

THOMAS C. V.; ALCHIERI J. C. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à Hemodiálise. *Avaliação Psicológica*, v. 4, n. 1, p. 57-64, 2005.

ZIMMERMANN, P. R.; CARVALHO, J. O.; MARI, J. J. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. *Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul*, v. 26, n. 3, p. 312-318, 2004.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Amalia Molaro Pontes de Moraes, sou psicóloga aprimoranda do Programa de Psicologia Clínica e Hospitalar do HCFMRP – USP, sob a orientação da psicóloga Renata Nakao e do Prof. Dr. Ricardo Gorayeb do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento. Estou desenvolvendo uma pesquisa denominada “Avaliação da qualidade de vida e depressão em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico e transplante renal”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo desta pesquisa é identificar as características e avaliar os níveis de qualidade de vida e depressão de pacientes que realizam hemodiálise ou que fizeram o transplante renal. Espera-se que tal estudo possa contribuir para o planejamento e desenvolvimento de ações que levem a melhoria das condições de vida dessa população, promovendo humanização no atendimento à saúde, ou seja, promovendo um atendimento que tenha como objetivo atender a todas as necessidades do paciente, valorizando os pensamentos, sentimentos e opiniões desse.

Ao participar do estudo, você terá que responder a uma entrevista que visa obter dados de identificação e sociodemográficos (endereço, idade, escolaridade, estado civil, atividade profissional, renda familiar, etc) e dois testes psicológicos. O objetivo destes testes será avaliar se o Sr (a) tem depressão e como está sua qualidade de vida. Para isso os itens dos testes serão lidos pela pesquisadora e o Sr (a) responderá de acordo com a forma como está se sentindo. Este processo não levará mais do que quarenta minutos. Caso aceite participar deste estudo, você precisa saber que:

- 1- O Sr (a) tem o direito de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa.
- 2- Tem o direito de deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para o seu atendimento neste hospital.
- 3- Os questionários serão mantidos em local seguro para garantir sigilo e anonimato das informações.
- 4- Os dados obtidos na pesquisa serão utilizados em posteriores publicações, contudo será mantido o anonimato.

- 5- Há um risco mínimo em participar deste estudo, sendo ele um possível desconforto ao preencher os questionários. Como benefício, sua participação ajudará no planejamento e desenvolvimento de melhores ações e atendimentos psicológicos no serviço médico em que é atendido.
- 6- Os participantes que apresentarem necessidades e/ou interesse de atendimento psicológico, verificada durante o estudo, serão atendidos pelo psicólogo responsável do setor em que realiza seu tratamento e, se necessário, serão encaminhados à outro serviço mais próximo ao local de sua residência.
- 7- Este Termo de Consentimento será feito em duas vias, sendo que uma delas será entregue ao Senhor (a) e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

Declaro ter sido esclarecido sobre as condições do estudo, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos a que serei submetido, aos riscos e benefícios do trabalho, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados e que manifesto livremente minha vontade de participar do referido estudo. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201__

Nome do participante:

Assinatura: _____

Data:

Nome da pesquisadora: Amalia Molaro Pontes de Moraes - CRP: 06/108612

Assinatura: _____

Telefone para contato com a pesquisadora: (16) 3602-2547 (Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas); (16) 9171-1285 (Celular da pesquisadora).

Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP: (16) 3602-2228

ANEXO B – Roteiro de entrevista semi estruturado utilizado na avaliação

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data: _____

Entrevistador: _____

I-) Identificação e Dados sócio-demográficos

1-Nome: _____

2- Sexo: M () F () 3- Idade: _____

4-Telefone: _____

5- Escolaridade:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Analfabeto | <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo | <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto | |

6-Estado civil:

- com companheiro(a) sem companheiro(a)

7- Encontra-se empregado?

- Sim Não

8- Se não, qual o motivo?

- | | |
|--------------------|---|
| a) Nunca trabalhou | d) Desempregado antes da doença |
| b) Afastado | e) Desempregado após doença |
| c) Aposentado | f) Desempregado por motivos não relacionados à doença |

9- Ocupação: _____

10- Renda familiar:

- a) Menos de 1 salário (menos que R\$ 450,00)
- b) de 1 a 2 salários (entre R\$ 450,00 e R\$ 900,00)
- c) de 2 a 3 salários (entre R\$ 900,00 e R\$ 1.350,00)
- d) de 3 a 5 salários (entre R\$ 1.350,00 e R\$ 2.250,00)
- e) 5 ou mais salários(mais que R\$ 2.250,00)

11 – Quantas pessoas dependem desta renda: _____

II-) História Médica e Quadro Clínico Atual

12- Outras doenças associadas?

- Hipertensão Diabetes Doença Cardíaca Doença óssea Outras

III-) Histórico familiar

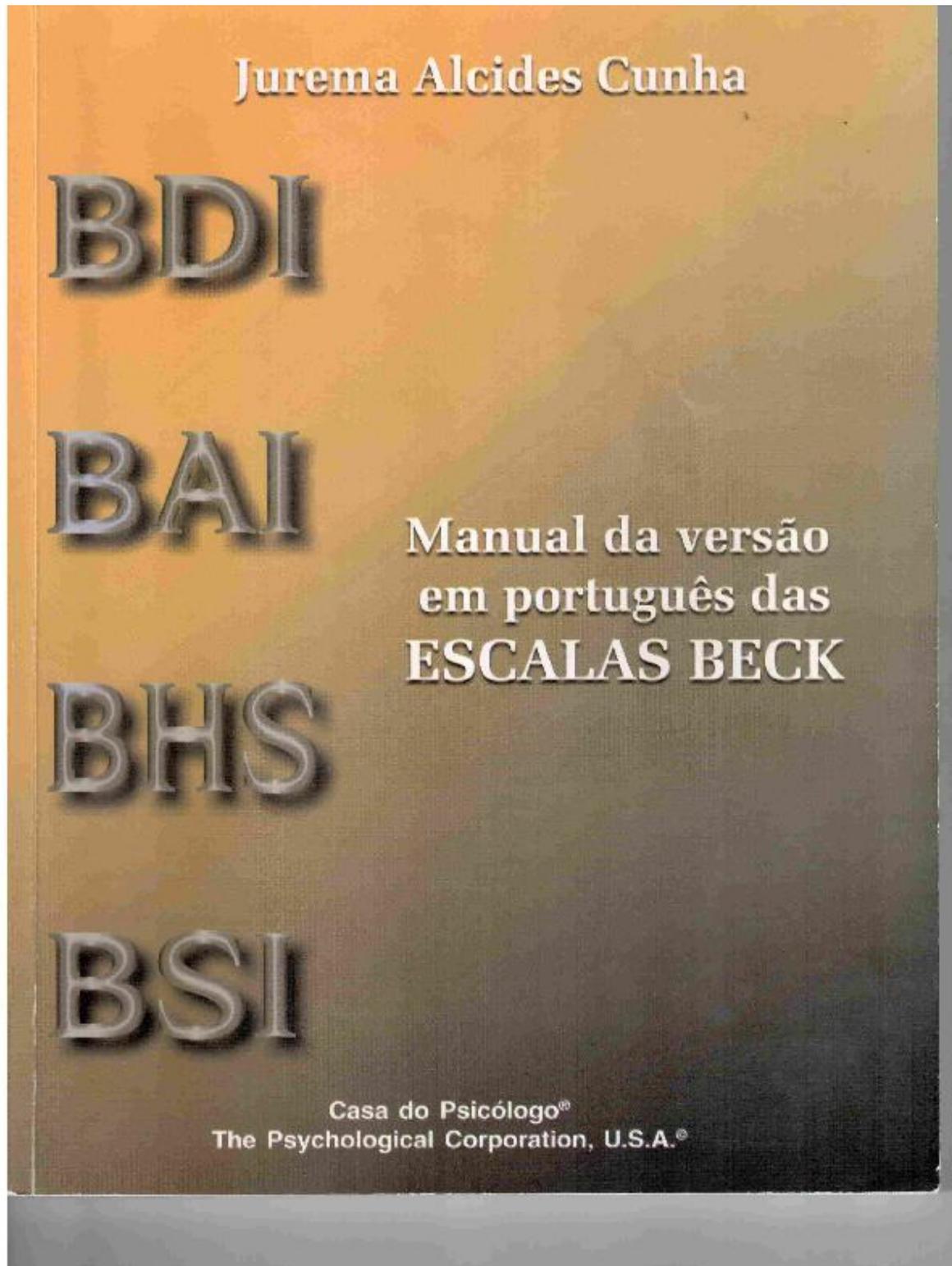
13- Alguém da sua família tem ou teve (alguém falecido) IRC?

Sim

Não

IV-) Apenas para pacientes transplantados:

14 – Qual a percepção que o Sr.(a) tem sobre o funcionamento do seu rim?



Sua Saúde

– e –

Bem-Estar

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

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



Obrigado por completar estas questões!

ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA PARA PACIENTES EM DIÁLISE

Qual é o objetivo deste estudo?

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

O que queremos que você faça?

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

E o sigilo em relação às informações?

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

De que forma minha participação neste estudo pode me beneficiar?

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

Eu preciso participar?

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

Sua Saúde

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

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

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

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

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

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

	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificu- lta nada
	τ	τ	τ
a <u>Atividades que requerem muito esforço</u> , como corrida, levantar objetos pesados, participar de esportes que requerem muito esforço	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Atividades moderadas</u> , tais como mover uma mesa, varrer o chão, jogar boliche, ou caminhar mais de uma hora.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
c Levantar ou carregar compras de supermercado.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
d Subir <u>vários</u> lances de escada	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
e Subir <u>um</u> lance de escada	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
f Inclinarse, ajoelhar-se, ou curvar-se	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
g Caminhar <u>mais do que um quilômetro</u>	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
h Caminhar <u>vários</u> quarteirões.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
i Caminhar <u>um</u> quarteirão.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
j Tomar banho ou vestir-se	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3

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

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

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

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

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

Nada	Um pouco	Moderada- mente	Bastante	Extrema- mente
τ <input type="checkbox"/> 1	τ <input type="checkbox"/> 2	τ <input type="checkbox"/> 3	τ <input type="checkbox"/> 4	τ <input type="checkbox"/> 5

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

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

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

Nada	Um pouco	Moderada- mente	Bastante	Extrema- mente
τ <input type="checkbox"/> 1	τ <input type="checkbox"/> 2	τ <input type="checkbox"/> 3	τ <input type="checkbox"/> 4	τ <input type="checkbox"/> 5

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

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma
	τ	τ	τ	τ	τ	τ
a	Você se sentiu cheio de vida?.....					
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
b	Você se sentiu uma pessoa muito nervosa?.....					
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
c	Você se sentiu tão "para baixo" que nada conseguia animá-lo?.....					
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
d	Você se sentiu calmo e tranqüilo?.....					
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
e	Você teve muita energia?					
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
f	Você se sentiu desanimado e deprimido? ...					
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
g	Você se sentiu esgotado (muito cansado)?.....					
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
H	Você se sentiu uma pessoa feliz?.....					
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
i	Você se sentiu cansado?.....					
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6

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

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

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

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

Sua Doença Renal

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

	Sem dúvida de-iro	Verda de	Geral- mente Verdade	Não sei	Geral- mente falso	Sem dúvid a	Falso
a	Minha doença renal interfere demais com a minha vida.....	τ	τ	τ	τ	τ	τ
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5		
b	Muito do meu tempo é gasto com minha doença renal ...	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5	
c	Eu me sinto decepcionado ao lidar com minha doença renal.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5	
d	Eu me sinto um peso para minha família	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5	

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

Quanto tempo durante as 4 últimas semanas...

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a	τ	τ	τ	τ	τ	τ
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
b						
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
c						
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
d						
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
e						
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
f						
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6

14. Durante as 4 últimas semanas, quanto você se incomodou com cada um dos seguintes problemas?

	Não me incomodei de forma alguma τ	Fiquei um pouco incomodado τ	Incomodei-me de forma moderada τ	Muito incomodado τ	Extremamente incomodado τ
aDores					
alares?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
bDor no peito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
cCãibras?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
dCoceira na pele?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
ePele seca?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
fFalta de ar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
gFraqueza ou tontura?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
hFalta de apetite?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
iEsgotamento					
(muito cansaço)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
jDormência nas mãos ou pés (formigamento)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
kVontade de vomitar ou indisposição estomacal?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
l(Somente paciente em hemodiálise)					
Problemas com sua via de acesso (fístula ou cateter)? ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
m(Somente paciente em diálise peritoneal)					
Problemas com seu cateter?..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

Efeitos da Doença Renal em Sua Vida Diária

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

	Não incomoda nada	Incomoda um pouco	Incomoda de forma moderada	Incomoda muito	Incomoda extremamente
	τ	τ	τ	τ	τ
a Diminuição de líquido?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c Sua capacidade de trabalhar em casa?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d Sua capacidade de viajar?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
e Dependência dos médicos e outros profissionais da saúde?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
f Estresse ou preocupações causadas pela doença renal?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
g Sua vida sexual?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
h	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

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

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

(Circule Um Número)

Não 1 →
 Sim 2

Se respondeu não, por favor pule para a Questão 17

Nas últimas 4 semanas você teve problema em:

	Nenhum problema τ	Pouco problema τ	Um problema τ	Muito problema τ	Problema enorme τ
a) Satisfação sexual? ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) Ficar sexualmente excitado (a)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

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

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

Muito ruim	Muito bom
τ	τ
0	10
1	9
2	8
3	7
4	6
5	5
6	4
7	3
8	2
9	1
10	0
□	□

18. Com que frequência, durante as 4 últimas semanas você...

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

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

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

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

Sim		Não		N
				o
τ	τ			τ
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			<input type="checkbox"/>
				2

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

Sim		Não		N
				o
	τ	τ		τ
<input type="checkbox"/> 1			<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
				2

22. No geral, como você avaliaria sua saúde?

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

Satisfação Com O Tratamento

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

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

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

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdade	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a O pessoal da diálise me encorajou a ser o mais independente possível.....	τ	τ	τ	τ	τ
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b O pessoal da diálise ajudou-me a lidar com minha doença renal.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Obrigado por você completar estas questões!

ANEXO E – CARTA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



Ribeirão Preto, 17 de abril de 2013

Ofício nº 1377/2013
CEP/MGV

PROCESSO HCRP nº 3117/2013

Prezadas Pesquisadoras,

O trabalho intitulado **“AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS A TRATAMENTO HEMODIALÍTICO E TRANSPLANTE RENAL” - Versão 2 elaborado em 08/04/2013**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 364ª Reunião Ordinária realizada em 15/04/2013, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão 2 elaborado em 08/04/2013.**

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa. De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Atenciosamente.


DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras

AMALIA MOLARO PONTES DE MORAES
Psicóloga RENATA NAKAO (Orientadora)

Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento – Serviço de Psicologia

Campus Universitário – Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e Registro PB/CONEP nº 5440
(016) 3602-2228
cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br