

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GRACIELLY FERREIRA DE SOUZA

**SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM DOENÇA
RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DIALÍTICO**

**UBERLÂNDIA-MG
2018**

GRACIELLY FERREIRA DE SOUZA

**SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM DOENÇA
RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DIALÍTICO**

Trabalho de conclusão de curso a ser apresentado à banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia.

Orientador: Prof^ª Dra Cristiane M. Cunha

Co-orientador: Prof Dr Clesnan M. Rodrigues

UBERLÂNDIA-MG

2018

**SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM DOENÇA
RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DIALÍTICO**

Trabalho de conclusão de curso a ser apresentado à banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia.

Orientador: Prof^a Dra Cristiane M. Cunha
Co-orientador: Prof Dr Clesnan M. Rodrigues

Uberlândia, 04 de julho de 2018.

Banca examinadora

Prof^a Dra Cristiane Martins Cunha

**UBERLÂNDIA-MG
2018**

Dedico este estudo para todos os portadores de doença renal crônica e seus familiares, no qual tive a oportunidade de presenciar a sua constante luta, e enfrentamento da patologia, tratamento e restrições que lhe são propostos. Através do vosso sofrimento e batalha pela vida, pude refletir melhor no processo de cuidado não somente físico como mental e com isso traçar novos planos para melhor abordagem terapêutica.

**Lute. Tente. Arrisque. Corra. Mude. Insista. Melhore. Evolua.
Cresça. Chore. Pense. Mas, nunca pare.**

Ariadne Motta

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a minha imensa gratidão dedico ao meu eterno Deus, por ser o meu Pai, amigo, companheiro, conselheiro, estando sempre comigo me dando força e coragem, em todos os momentos de dificuldades e batalhas, por iluminar meus pensamentos, me dando sabedoria para concretizar mais um sonho.

Ao meu Papai, Mamãe, Irmãos pelo apoio, ensinamentos de valores, pelas constantes orações ao meu favor, pelas palavras de força, e animo que me fortalece a cada dia, por participarem da minha formação profissional, me apoiando, me levantando dos tropeços e por me compreender minha ausência neste momento importante da minha vida.

Ao meu amor, Renner, por ser meu companheiro, por me apoiar nos projetos de vida, por escutar as minhas lamentações, me consolar nos momentos de tristeza e encorajamento para persistir, por me suportar nos períodos de estresse e nervosismo, pelas orações e sempre ter uma palavra de conforto. Sou muito grata por estar sempre do meu lado, você é meu porto seguro.

A minha amiga Nadaby, pela companhia das imensas noites acordadas, pelo companheirismo em compartilhar os saberes, pela compreensão nos momentos de estresse, por estar sempre presente nos bons e ruins momentos de minha vida.

Aos meus amigos Estephani, Andréa, Sabrina, Willian, pela companhia, pelo carinho, por estender as mãos nos momentos mais difíceis, pelos abraços terapêuticos que renova as nossas energias, pelas gargalhadas dos momentos mais engraçados que tive a oportunidade de presenciar com vocês. A todos os meus amigos de oração, que me ajudaram com palavras fortalecedoras, otimistas, pela compreensão e carinho.

Sou muita grata a minha orientadora Dr^a Cristiane, meu Co-orientador Dr^o Clesnam e o Professor Omar, pela orientação, dedicação, paciência, confiança, pelo suporte, pelas correções e incentivos para concretização deste trabalho.

Agradeço a todos que diretamente e indiretamente contribuíram com este trabalho.

RESUMO

SOUZA, G. F. de. Sintomas de ansiedade e depressão em indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico. 2018. 64 f. Trabalho de conclusão de curso. Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Uberlândia, MG.

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) gera inúmeras repercussões negativas nos aspectos biopsicossociais de seus portadores. E o tratamento dialítico intensifica esse impacto, aumentando os índices de transtornos emocionais. **Objetivos:** Mensurar os níveis dos sintomas de ansiedade e depressão de indivíduos com DRC; comparar se há diferença estatística dos escores de ansiedade e depressão entre pacientes com DRC em relação a um grupo normativo e identificar quais os determinantes sociais, demográficos e clínicos associam-se com sintomas de ansiedade e depressão, em indivíduos com DRC e em relação a um grupo normativo. **Método:** Estudo transversal, de caráter analítico e descritivo, de abordagem quantitativa e que foi aprovado pelo comitê de ética local. Realizado em uma instituição pública e uma clínica privada de hemodiálise, em um município do interior de Minas Gerais. Houve duas categorias de participantes, um grupo de estudo (pacientes com DRC, em hemodiálise) e um grupo normativo (população geral). Obtida a aptidão psíquica e mental, foram aplicados os instrumentos avaliativos: Questionário de caracterização sócio demográfica e clínica e a versão validada para uso no Brasil do instrumento de avaliação da ansiedade e depressão “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS). Os dados foram apresentados na forma de frequência absoluta, relativa ou como média, mediana, erro padrão, mínimo e máximo. Para a comparação do perfil dos dois grupos, algumas variáveis foram dicotomizadas e em seguida, comparadas com o teste de Qui-Quadrado de independência com correção de continuidade e com o teste de Mann-Whitney. Para avaliar a influência das variáveis sociais, demográficas e clínicas sobre os domínios do constructo ansiedade e depressão utilizamos a regressão logística múltipla. Para isso, utilizamos o método de seleção de variáveis backward, baseando-se no critério de exclusão do modelo (considerando a probabilidade do teste de Wald menor que 10%). Em seguida, calculamos o Odds Ratio, considerando um intervalo de confiança de 95%. Os modelos de avaliação foram usados somente para descrever a população estudada numa perspectiva multivariada. Para todas as análises, adotamos o índice de significância de 0,05. **Resultados:** No grupo de estudo, houve predominância de homens (59%), nível educacional de ensino médio incompleto (68%) e 55% referiram não ter companheiro conjugal. A maioria (53%) era de instituição privada e 57% referiram ter apresentado algum tipo de complicação. As variáveis idade, estado civil e escolaridade foram diferentes entre os grupos ($p < 0,05$). 32% dos participantes do grupo de estudo apresentaram sintomas depressivos, ao passo que no grupo normativo foi de 17% ($p < 0,021$). Os escores dos sintomas de ansiedade do grupo de pacientes com DRC foram equivalentes aos da população normativa ($p = 0,709$). Quanto aos sintomas depressivos, à pontuação média do grupo de DRC (média=6,59; EP= \pm 0,42; mediana=6) foi significativamente superior que a da população normativa (média=4,96; EP= \pm 0,31; mediana=4,5) ($p < 0,05$). Na avaliação da influência de variáveis associadas com a ocorrência dos sintomas de ansiedade em ambos os grupos avaliados, foram: ser do sexo feminino (Bi = 2,072; $p = 0,015$), fumar (Bi = 3,409; $p = 0,005$) e fazer o tratamento em instituição pública (Bi = 2,055; $p = 0,02$). Por outro lado, morar em Uberlândia (Bi = 3,048; $p = 0,008$), ter menor escolaridade (Bi = -1,872; $p = 0,033$) e fazer o tratamento em instituição pública (Bi = 2,209; $p = 0,011$) foram consideradas como preditores para a ocorrência de sintomas depressivos. Na avaliação apenas do grupo de estudo, os preditores para a ocorrência de

sintomas de ansiedade foram: ser do sexo feminino ($Bi = 1,595$; $p = 0,003$; $OR = 4,93$), fumar ($Bi = 1,917$; $p = 0,006$; $OR = 6,8$) e fazer hemodiálise no setor público ($Bi = 1,233$; $p = 0,028$; $OR = 3,43$). No que se refere aos sintomas depressivos, os preditores foram sexo ($Bi = 0,797$; $p = 0,086$; $OR = 2,22$) número de moradores na residência ($Bi = -0,296$; $p = 0,066$; $OR = 0,74$). **Conclusão:** Os sintomas de ansiedade dos pacientes com DRC foram equivalentes aos da população normativa e, quanto aos sintomas depressivos, a pontuação média desse grupo foi superior que o da população normativa. Os preditores para a ocorrência de sintomas de ansiedade, no grupo de hemodiálise, foram: ser do sexo feminino e fazer hemodiálise no setor público. E os preditores para a ocorrência de sintomas depressivos foram: sexo e número de moradores na residência. A razão de chances do “número de moradores na residência” exerceu um fator protetivo para a ocorrência de sintomas depressivos. Todos esses achados devem ser considerados na avaliação clínica desses pacientes.

Descritores: Ansiedade; Depressão; Insuficiência Renal Crônica; Diálise

ABSTRACT

SOUZA, G. F. de. Symptoms of anxiety and depression in individuals with chronic renal disease on dialysis. 2018. 64 f. Completion of course work. Graduation in Nursing of the Faculty of Medicine. Federal University of Uberlândia, MG.

Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) generates numerous negative repercussions on the biopsychosocial aspects of its patients. And dialysis intensifies this impact, increasing the rates of emotional disorders. **Objectives:** To measure levels of anxiety and depression symptoms in individuals with CKD; to compare whether there is a statistical difference in anxiety and depression scores among patients with CKD in relation to a normative group and to identify which social, demographic and clinical determinants are associated with symptoms of anxiety and depression in individuals with CKD and in relation to one normative group. **Method:** A cross-sectional, analytical and descriptive study with a quantitative approach and approved by the local ethics committee. Performed in a public institution and a private hemodialysis clinic, in a municipality in the interior of Minas Gerais. There were two categories of participants, one study group (patients with CKD on hemodialysis) and one normative group (general population). Once the psychic and mental fitness were obtained, the evaluation instruments were applied: Demographic and clinical characterization questionnaire and the validated version for use in Brazil of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Data were presented as absolute frequency, relative or as mean, median, standard error, minimum and maximum. In order to compare the profile of the two groups, some variables were dichotomized and then compared with the Independence Chi-Square test with continuity correction and the Mann-Whitney test. To evaluate the influence of social, demographic and clinical variables on the domains of the construct anxiety and depression, we used multiple logistic regression. For this, we used the method of selection of backward variables, based on the criterion of exclusion of the model (considering the probability of Wald test less than 10%). Then, we calculate the Odds Ratio, considering a 95% confidence interval. The evaluation models were used only to describe the studied population in a multivariate perspective. For all analyzes, we adopted a significance level of 0.05. **Results:** In the study group, there was a predominance of men (59%), incomplete high school education level (68%) and 55% said they did not have a married partner. The majority (53%) were from a private institution and 57% reported having some kind of complication. The variables age, marital status and schooling were different between groups ($p < 0.05$). 32% of the participants in the study group had depressive symptoms, whereas in the normative group it was 17% ($p < 0.021$). The scores of anxiety symptoms in the CKD group were similar to those in the normative population ($p = 0.709$). As for the depressive symptoms, the mean score of the CKD group (mean = 6.59, SD = 0.42, median = 6) was significantly higher than that of the normative population (mean = 4.96, SD = 31, median = 4.5) ($p < 0.05$). In the evaluation of the influence of variables associated with the occurrence of anxiety symptoms in both groups, they were: female (Bi = 2.072, $p = 0.015$), smoking (Bi = 3.409, $p = 0.005$) in a public institution (Bi = 2.055, $p = 0.02$). On the other hand, living in Uberlândia (Bi = 3.048, $p = 0.008$), had lower schooling (Bi = -1.872, $p = 0.033$) and (B = 2.209, $p = 0.011$) were considered as predictors for the occurrence of depressive symptoms. In the only study group, the predictors for the occurrence of anxiety symptoms were: female (Bi = 1.595, $p = 0.003$, OR = 4.93), smoking (Bi = 1.917, $p = 0.006$, OR = 6.8) and to perform hemodialysis in the public sector (Bi = 1,233, $p = 0.028$, OR = 3.43). In relation to the depressive symptoms, the predictors were sex (Bi = 0.797; $p = 0.086$; OR = 2.22) number of residents in the residence (Bi = -0.296; $p = 0.066$; OR = 0.74). **Conclusion:** The anxiety symptoms of patients with CKD were equivalent to those of the normative population and, for depressive symptoms, the mean score of this group was higher than that of the normative population. The predictors for

the occurrence of anxiety symptoms in the hemodialysis group were: being female and undergoing hemodialysis in the public sector. And the predictors for the occurrence of depressive symptoms were: sex and number of residents in the residence. The odds ratio of the "number of residents in the residence" exerted a protective factor for the occurrence of depressive symptoms. All these findings should be considered in the clinical evaluation of these patients.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 -** Perfil social e demográfico dos indivíduos com DRC em hemodiálise e de uma população normativa. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018. **Página 32**
- Tabela 2 -** Escores das subescalas da versão brasileira do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) em indivíduos com doença renal crônica (em hemodiálise) e da população normativa (n = 100 indivíduos por grupo). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018. **Página 34**
- Tabela 3 -** Resultados da análise de regressão linear múltipla para as subescalas da versão brasileira do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) em indivíduos com doença renal crônica (em hemodiálise) e da população normativa (n = 100 indivíduos por grupo). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018. **Página 36**
- Tabela 4 -** Resultados da análise de regressão logística múltipla e da razão de chances (Odds Ratio) para as subescalas da versão brasileira do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) em indivíduos com doença renal crônica (em hemodiálise) e da população normativa (n = 100 indivíduos por grupo). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018. **Página 37**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB.	Ambulatório
DR	Doença renal
DRA	Doença Renal Aguda
DRC	Doença Renal Crônico
DP	Diálise Peritoneal
DPA	Diálise Peritoneal Automatizada
DPAC	Diálise Peritoneal Ambulatorial contínua
DPI	Diálise Peritoneal Intermitente
EP	Erro Padrão
GE	Grupo Estudo
GN	Grupo Normativo
HD	Hemodiálise
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão)
HADS-A	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale- Ansiedade</i>
HADS-D	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale- Depressão</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Nº	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PA	Pressão Arterial
RFG	Ritmo de Filtração Glomerular
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.2 Fundamentação teórica.....	17
1.2.1 Anatomia e Fisiologia Renal.....	17
1.2.2 Doença Renal Crônica.....	18
1.2.3 Diálise.....	19
1.2.4 Sintomas de Depressão e Ansiedade.....	20
1.2.5 Instrumentos Psicométricos.....	22
2. JUSTIFICATIVA	24
3. OBJETIVOS	25
4. METODO	26
4.1 Delineamento e Considerações éticas.....	26
4.2 Participantes.....	26
4.3 Procedimentos de coleta de dados.....	27
4.4 Descrição dos instrumentos de coleta de dados.....	28
4.4.1 Instrumento de caracterização social demográfica e clínica.....	28
4.4.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	29
4.5 Processamento e análise dos dados.....	29
5. RESULTADOS	32
5.1 Resultados relacionados aos participantes do estudo	32
5.2 Caracterização Social e demográfica.....	32
5.3 Análise Multivariada.....	35
6. DISCUSSÃO	40
7. CONCLUSÃO	45
8. REFERÊNCIAS	46
APENDICE 1	55
APENDICE 2	56
APENDICE 3	57
ANEXO 1	58

ANEXO 2	59
ANEXO 3	61

1. INTRODUÇÃO

A doença crônica pode ser caracterizada como perturbações da saúde com um longo curso, geralmente ocorre em mais de três meses e impõe limitações às funções nas atividades diárias do indivíduo e pode causar hospitalização e visitas freqüentes em unidades de saúde (CORREA, et al., 2006). O crescimento mundial da incidência e da prevalência das doenças crônicas pode ser atribuído às transições demográficas que ocorreram nas últimas décadas e que foram influenciadas por vários fatores tais como, o aumento da expectativa de vida, a diminuição da fertilidade, alterações nos hábitos alimentares e a redução de atividade física (ROSO, 2012).

Para a OMS a doença crônica é uma doença de longa duração, geralmente com progressão lenta, que inclui um conjunto variável de situações que podem resultar em incapacidade (BUSSE et al., 2010).

Dentre a grande variedade de tipos de doença crônica, destaca-se a doença renal crônica (DRC). A doença renal crônica, nas últimas décadas e mundialmente, tem se tornado um sério agravo à saúde pública, uma vez que as taxas de morbi/mortalidade e a ocorrência de pessoas que apresentam comprometimento renal vêm crescendo (BASTOS, et al., 2011).

A doença renal crônica é caracterizada pela perda sucessiva e irreversível da fisiologia renal ou pela redução do funcionamento dos rins durante três meses ou mais (RIBEIRO, 2016). É desencadeada por diversas patologias, tais como a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, lúpus eritematoso sistêmico, dentre outras doenças do rim (SILVA et. al., 2014), tais como as lesões renais hereditárias (rim policístico), cálculos renais, o efeito de medicamentos, de agentes tóxicos e ocupacionais e também por infecções urinárias recorrentes (GONÇALVES et al., 2015).

Tem se verificado que o número de pessoas em terapia dialítica na América Latina vem aumentando nos últimos anos, o que pode estar associado às dificuldades de acesso ao tratamento (ENE-IORDACHE et al., 2016) e devido à falta de diagnóstico precoce (ROSA-DIEZ et al., 2014). Diante desse fato, a prevalência de doença renal crônica na população brasileira ainda é incerta (PICOLLI; NASCIMENTO; RIELLA, 2017). De acordo com os inquéritos populacionais, de 3 a 6 milhões de brasileiros seriam renais crônicos e pouco mais de 100 mil recebem terapia dialítica (MARINHO et al., 2017).

O tratamento disponível para pacientes portadores de DRC pode ser tanto clínico, nas fases iniciais da doença, como também a terapia renal substitutiva (TRS), e o Transplante

renal (TR). A TRS objetiva filtrar do sangue as excretas nitrogenadas, tais como a uréia e a creatinina, função que antes competiam aos rins (SANTOS, et al., 2017).

Há duas modalidades para a realização da diálise, a DP e HD. Ambos são recursos que propiciam o aumento da sobrevivência do paciente com DRC, pela eliminação das toxinas do organismo (MAGALHÃES et al., 2008). A frequência da realização das sessões dialíticas varia conforme as necessidades do indivíduo. No geral, ela é realizada três vezes por semana em sessões de quatro horas (CAMARGO et al., 2010).

De acordo com a SBN (2018), o TR é também uma das opções de tratamento para o paciente renal crônico em estágio avançado. O Transplante Renal consiste em uma cirurgia, no qual é implantado no receptor o rim de um doador seja de um indivíduo saudável vivo, ou falecido.

O manejo da DRC é tão complexo que requer grande colaboração por parte de seu portador, em decorrência da complexidade da doença e da vasta gama de repercussões negativas que esta patologia provoca em seu portador, desde o seu diagnóstico (NUNES et al., 2014).

Em geral, a doença renal crônica (sobretudo nos pacientes em tratamento dialítico), exige do seu portador diversas mudanças e adaptações no estilo de vida, tais como o uso correto das medicações, a adequação dos aparelhos, dependência a outras pessoas, dependência financeira etc. (RIBEIRO, 2016). Além disso, a convivência com essa doença incurável, e com seu tratamento longo e doloroso, gera sérios conflitos psicoemocionais, sociais, físicos e econômicos no seu portador (PILGER et al., 2010).

Sendo assim, verifica-se que o impacto da DRC, na vida da pessoa, é multifatorial e engloba tanto aspectos físicos, como mentais, sociais e psicológicos. Além de gerar variados impactos negativos na vida da pessoa, a DRC e seu tratamento exigem mudanças significativas nos hábitos e na rotina, incluindo o uso contínuo de medicações, restrições hídricas, afastamento do trabalho (RIBEIRO et al., 2013), limitações físicas, nutricionais, de convívio social e familiar (HIGA et al., 2008) e a dependência de acompanhamento clínico ambulatorial constante são outras exigências impostas pelo tratamento (DYNIEWICZ; ZANELA; KOBUS, 2004) e que geram uma experiência bastante dolorosa e angustiante (HIGA et al., 2008). Também se verifica que esse tratamento provoca alterações químicas (neurológicas e hormonais), responsáveis pela ocorrência de declínio sexual, conflitos existenciais e angústia espiritual que, por sua vez, agrava os sintomas físicos, emocionais os quais interferem na qualidade de vida (GRANT et al., 2004; RODRIGUES et al., 2011), tanto do paciente como de seus familiares.

As repercussões psicoemocionais (a exemplo da depressão, da ansiedade, a insegurança e a baixa autoestima) presentes nos DRC são ocasionadas por diversos fatores, dentre eles, pelo seu tratamento (ALMEIDA; PALMEIRA, 2018). O deslocamento diário ou semanal para hospitais e centros de hemodiálise para realização de seu tratamento gera a queda dos níveis de vitalidade, a limitação para a realização das atividades da vida diária (OLIVEIRA et al., 2008) e a alteração da imagem corporal (RAVAGNANI, DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007). Somado a isso, os pacientes passam a compreender a vida com inúmeras limitações, como a inviabilidade de trabalhar, viajar e de praticar exercícios físicos (MACHADO; PINHATI, 2014). Tudo isso são fontes para a ocorrência de transtornos de ansiedade e depressão.

Os sintomas depressivos coexistem com outros problemas, como alteração do padrão de sono, do apetite e do peso, constipação, redução da libido, dentre outros (HIGA et al., 2008). No paciente renal crônico, a causa da depressão pode estar associada a alguma perda, além da predisposição genética. As perdas são geralmente numerosas e duradouras, a começar pela perda da função renal e de suas repercussões, como da sensação de bem estar, do papel familiar, do trabalho, dos recursos financeiros, da função sexual e entre outras, para depressão (ZIMMERMANN; CARVALHO; MARI, 2004).

A avaliação da presença de transtornos emocionais em pacientes com DRC tem contribuído para melhorar as práticas assistenciais, as políticas públicas, e principalmente a promoção da saúde e prevenção de complicações nesses pacientes (CAMPOS; NETO, 2014). Sendo assim, avaliar a presença de sintomas de ansiedade e depressão nessa população, viabilizaria seu tratamento e implicaria em melhorias no estado de saúde, nos comportamentos, na redução do índice de hospitalizações, nos custos em saúde. E o mais importante: permitiria que os indivíduos sintam menos dor e incapacidade (CONLEY; REDEKER, 2016), se sintam melhor e vivam mais plenamente a vida cotidiana (WAGNER; AUSTIN; VON KORFF, 1996).

1.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A descoberta da doença renal crônica iniciou a partir de estudos morfológicos desenvolvidos por Richard Bright em 1835. Esse pesquisador dedicou-se a analisar as peculiaridades morfológicas dos rins de pacientes necropsiados, detectando possíveis relações existentes entre rins contraídos e coração hipertrofiado (MORAES et al., 2009).

1.2.1 Anatomia e fisiologia renal

O trato urinário, anatomicamente, é composto pelos rins, ureteres, bexiga e uretra (SOUZA et al., 2010). Especificamente, os rins são órgãos localizados no retroperitônio superior, entre a 12^o vertebra torácica e a 3^o vertebra lombar, de um adulto. Macroscopicamente o rim pode ser segmentado em córtex (composto pelos glomérulos e túbulos contorcidos proximais e distais), medula (composta pelas alças de Henle e tubos coletores), o hilo e a pelve renal (RIBEIRO, 2010). Fisiologicamente os rins são responsáveis por duas funções básicas; a endócrina e a homeostática (MORAES; COLICIGNO, 2007).

Na função endócrina, dentre outras funções, cabe aos rins secretar a renina, substância encarregada pela ativação do sistema renina-angiotensina II, a qual leva a vasoconstrição das arteríolas eferentes e a produção de aldosterona (hormônio que atua nos túbulos renais retendo e absorvendo sódio) (MORAES; COLICIGNO, 2007). Além disso, são responsáveis pela secreção de hormônios reguladores da pressão arterial, pela eritropoiese, síntese de vitamina D e pela secreção de prostaglandinas (SOUZA et al., 2010; RIBEIRO, 2010).

Na função homeostática, os rins atuam na eliminação de água e solutos do sangue, formando um gradiente de concentração entre os compartimentos intra e extracelulares. Também atua no controle de concentração de íons (sódio, potássio, cloreto, bicarbonato, hidroxônio, magnésio e fosfato), na manutenção de pH, na eliminação de excretas nitrogenadas, dentre outras funções (INABA, 2006).

A perda da função renal sucumbe todas essas funções renais provocando grandes repercussões fisiológicas em seu portador.

1.2.2 Doença renal crônica

A doença renal (DR) é o termo designado quando os rins são incapazes de realizar suas funções fisiológicas, como suas funções endócrina, homeostática e reguladora (MORAES, 2011). Devido ao fato da excreção renal estar comprometida, as substâncias não são eliminadas na urina e tendem se concentrar nos líquidos corporais, comprometendo a homeostase das funções orgânicas (RIBEIRO et al., 2008). A DR é classificada em Doença Renal Aguda (DRA) e Doença renal Crônica (DRC).

A DRA é determinada pela perda rápida da função dos rins durante período de horas ou dia, ocasionando a elevação dos níveis da uréia e da creatinina. É uma condição clínica comum no ambiente hospitalar, sobretudo em pacientes críticos (CONCEIÇÃO et al., 2014). São ocasionadas por múltiplas e variadas etiologias (agentes físicos, químicos e biológicos) que são capazes de determinar a diminuição ou a cessação abrupta da função renal (RIBEIRO et al., 2008). É uma condição que pode ou não ser reversível. Nos casos de irreversibilidade da função renal, esta passa ser considerada como insuficiência renal crônica, a qual é denominada atualmente como doença renal crônica (DRC) (BRAGA, 2009).

De acordo com Rodrigues (2016), a insuficiência renal crônica é uma doença sistêmica, caracterizada pela perda progressiva e definitiva do funcionamento renal. Há o acometimento irreversível da função renal causado por diversos fatores, os quais demonstram a grande complexidade da doença. Segundo Riella e Filho (2003), o início da doença renal é assintomática, mas pode ser detectada por exames laboratoriais. O único sintoma perceptível pode ser a nictúria e alguns indivíduos podem desenvolver hipertensão arterial.

A *Kidney Disease Outcome Quality Initiative* define a DRC em três componentes: Um componente *anatômico ou estrutural* (por exemplo os marcadores de dano renal), um componente *funcional* (baseado na taxa de filtração glomerular - TFG) e o componente *temporal* (MELO et al., 2015).

E, baseando-se nesses componentes, a DRC também pode ser descrita em cinco estágios, de acordo com a taxa de filtração glomerular: 1- TFG normal, 2- há leve redução da TFG (entre 60 a 89 ml/min), 3- há a redução de leve a moderada da TFG (entre 45 a 59 ml/min) ou uma redução de moderada a grave da TFG (entre 30 a 44 ml/min), 4- há a redução considerável e grave da TFG (entre 15 a 29 ml/min), 5- há falência renal com TFG menor que 15 ml/min (SESSO, 2006; MARINHO et al., 2017; ROCHA, 2017).

Geralmente, e independente da abordagem terapêutica, a DRC tende a se intensificar. E sem o tratamento, ela pode ser fatal (ABENSUR et al., 2011). Seja qual for o tratamento da

DRC, ele é rigoroso, uma vez que exige mudanças bruscas no hábito e estilo de vida, sobretudo nos pacientes que precisam realizar o tratamento dialítico (PILGER et al., 2010).

A terapia renal substitutiva (TRS) tem o objetivo à manutenção da vida, e atualmente a hemodiálise é o método de tratamento mais utilizado (MADEIRO et al., 2010). Sendo assim, os portadores de DRC dependem dessa tecnologia avançada para sobreviverem (MARTINS; CESARINO, 2005; RIBEIRO et al., 2013). O tratamento disponível para pacientes portadores de DRC pode ser tanto clínico, nas fases iniciais da doença, como também a terapia renal substitutiva (TRS). Segundo Cherchiglia et al., (2010), a TRS que são disponibilizada para os portadores de DRC são: a diálise: Hemodiálise (HD) e Diálise Peritoneal (DP) e o Transplante renal (TR).

Os profissionais de enfermagem desempenham um papel muito importante para junto aos pacientes que estão em TRS (ARAÚJO; SANTO, 2012). Cabe aos enfermeiros auxiliar o paciente referente às orientações quanto à terapia e suas funções, as complicações, os cuidados com as restrições nutricionais, e de líquidos, orientar quanto a prática de exercícios físicos de acordo com as limitações, grupos de apoio para melhor aceitação e principalmente na prevenção das complicações (SANCHO; TAVARES; LAGO, 2013).

1.2.3 Terapia renal substitutiva

A diálise é um tratamento que visa repor a função renal, por meio da retirada de substâncias tóxicas e excesso de água, íons e sais minerais do organismo, com o intuito de restabelecer a homeostase. Este tratamento pode ser subdividido em duas modalidades: diálise peritoneal ou hemodiálise (MACHADO; PINHATI, 2014).

A diálise peritoneal (DP) filtra o sangue através do peritônio (a membrana peritoneal atua como dialisador), utilizando solução de diálise (DAUGIRDAS et al., 2003). Existem três formas de realizar a diálise peritoneal: diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal automatizada (DPA) e diálise peritoneal intermitente (DPI) (SBN, 2016).

Na diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), o paciente utiliza um sistema fechado e manual, no qual a solução de diálise entra e sai da cavidade abdominal pela força da gravidade. Normalmente, são realizadas três ou quatro trocas por dia. A diálise peritoneal automatizada (DPA) é feita durante a noite por uma máquina cicladora que infunde e drena o líquido peritoneal automaticamente. Já a diálise peritoneal intermitente, é realizada em ambiente hospitalar com duração média de 20 a 24 horas seguidas, com a frequência de duas vezes por semana (SBN, 2016).

Já a hemodiálise (HD) é o método de diálise mais comumente empregado atualmente para remover substâncias nitrogenadas tóxicas do sangue e excesso de água. Esse método consiste, na circulação extracorpórea do sangue em tubos ou compartimentos feitos de uma membrana semipermeável e constantemente banhados por uma solução eletrolítica (solução de diálise). Durante o tratamento, o sangue flui, por tubos, para o dialisador, e este filtra os resíduos e o excesso de líquidos. A seguir, o sangue flui por meio de outro tubo e volta para o organismo do paciente (BATISTA; GONÇALVES; QUARESMA, 2013).

A hemodiálise surgiu no Brasil em maio de 1949. De acordo com Rodrigues (2016), no decorrer da década de 40 foram praticadas as primeiras hemodiálises com objetivo terapêutico para doença renal aguda, porém nos anos de 1962 e 1963, começaram a utilizar tanto a diálise peritoneal quanto a hemodiálise para o tratamento de pacientes portadores de doença renal crônica.

As primeiras hemodiálises tinham finalidade exclusiva de prevenir a morte por hipervolemia (aumento anormal do volume sanguíneo) ou por hiperpotassemia (aumento excessivo do nível de potássio) (FRAZÃO et al., 2014). A partir de então, os pacientes passaram a dispor de uma nova oportunidade de tratamento, que foi sendo aperfeiçoada ao longo dos anos. Atualmente a hemodiálise auxilia na reversão dos sintomas urêmicos, visando reduzir as complicações de acordo com o tratamento, diminuindo os riscos, a taxa de mortalidade e objetiva melhorar a qualidade de vida e a reinserção do paciente na sociedade (RIELLA, 2003). Infelizmente, no decorrer dos últimos anos, a quantidade de portadores brasileiros com doença renal crônica em tratamento dialítico, tem aumentando consideravelmente, sendo tido como a nova epidemia do século XXI (SESSO et al., 2008).

1.2.4 Sintomas de depressão e ansiedade nos paciente com DRC

A DRC e o seu tratamento hemodialítico, que mesmo promovendo o alívio dos sintomas clínicos, pode acarretar desordens emocionais, tais como, ansiedade, sintomas de depressão que acarretam obstáculos de adaptação da nova maneira de vida, podendo ser verificados desde o diagnóstico e durante todo o tratamento (SOUZA; OLIVEIRA, 2017).

Rudnick (2014) salienta que inúmeras variáveis psicológicas surgem e influenciam no processo de aceitação e ajustamento à doença crônica, dentre elas a depressão, ansiedade, incerteza, raiva, baixa autoestima e resistência ao tratamento.

Segundo Castillo (2000), a ansiedade é caracterizada por um quadro clínico de sentimentos de medo, apreensão, tensão, desconforto devido antecipação, entre outros. É

considerada patológica quando as manifestações são exageradas, desproporcionais aos estímulos, interferem na qualidade de vida, no desempenho e no conforto emocional da pessoa. Essa condição pode se agravar, sendo denominada de transtorno de ansiedade generalizada, a qual há a ansiedade persistente acompanhada por sintomas musculares (tensão e dores musculares, tremores), nervosos (nervosismo persistente, sensação de vazio na cabeça, insônia, tonturas), distúrbios gástricos (desconforto epigástrico) e cardíacos (palpitações) (FIGUEIREDO, 2000).

De acordo com Souza e Oliveira (2017), a ansiedade pode estar presente na grande maioria das doenças crônicas. Entretanto, no paciente renal crônico, vários fatores podem contribuir para sua intensificação, a saber: a gravidade da doença e sua progressão, a proposta terapêutica e suas consequências físicas, psicológicas e sociais. Portanto, a ansiedade é uma entidade muito presente no paciente renal crônico, uma vez que o tratamento proposto é estressante e desgastante e também porque o processo de diálise não tem cura, apenas o tratamento, sendo assim gera questionamentos se realmente compensa fazer o tratamento, receio da morte ocasionando na ansiedade e desmotivação par ao tratamento (SOUZA; OLIVEIRA, 2017).

De acordo com Teodoro (2010), sentimento de abandono e/ou rejeição, assuntos constantes sobre morte, sentimento de inferioridade, falta de sentido na vida, baixa autoestima, autoimagem negativa, pessimismo, desvalorização da vida, sentimento de culpa, ideias de suicídio. Os sintomas somáticos incluem hipersonia, insônia, perda ou aumento de apetite, diminuição da libido e do interesse sexual, e baixa no sistema imunológico (SCHUSTER et al., 2015).

A depressão é uma patologia psiquiátrica caracterizada por sentimentos de tristeza intensa, angústias, autodesvalorização e desmotivação que podem durar muitos meses e até ano, comprometendo o meio social, pessoal, e familiar, sendo necessário auxílio profissional especializado (TEODORO, 2010). Está presente de 3% a 5% na população em geral e em indivíduos com algum problema de saúde, sua incidência varia de 5 a 16% (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005). Esta síndrome vem acompanhada de vários sintomas que compreende os aspectos psíquicos, orgânicos, hereditários, sociais, econômicos e religiosos, entre outros (SARAIVA; VIERA; COUTINHO, 2007).

Está claro que a doença renal crônica é responsável por tantas repercussões negativas na vida dos pacientes, sobretudo os que fazem hemodiálise (SILVA et al., 2011). O paciente em hemodiálise está susceptível à várias fontes estressoras: comprometimento dos aspectos físicos (sedentarismo, modificações corporais, incapacidade funcional), pessoais (prejuízo na

autoimagem, sofrimento, sentimentos de tristeza e insegurança quanto ao futuro, temor da morte, diminuição do interesse sexual), econômicos (prejuízo nos rendimentos mensais e aumento dos custos com o tratamento) e sociais (queda das relações sociais, isolamento) e restrições dietéticas e hídricas (MARTINS; CESARINO, 2005; LACERDA, OLIVEIRA, MILITÃO et al., 2007; RODRIGUES, 2016).

O estudo de Oliveira et al., (2008) evidenciou que, pacientes submetidos a hemodiálise apresentavam maiores índices de ansiedade, no entanto os índices de depressão eram maiores nos pacientes em tratamento por diálise peritoneal. Todavia, mesmo com as diferenças observadas, não se pode determinar qual delas seja a mais indicada, uma vez que a resposta psicológica de cada pessoa à doença e ao tratamento dependerá de suas características psíquicas antes do adoecimento, da extensão do suporte social (família e amigos) e a presença de comorbidades. Desse modo, Stasiak et al., (2014) ressalta que, mais estudos são necessários para correlacionar os prováveis fatores de risco para o desenvolvimento de ansiedade e depressão nos pacientes com DRC, e que realizam diferentes modalidades de terapia renal substitutiva.

1.2.5 Instrumentos Psicométricos de mensuração da ansiedade e depressão

Os instrumentos psicométricos foram criados a fim de proporcionar a comparação, descrição mediante a percepção subjetiva da população estudada frente à um determinado constructo. Especificamente no âmbito psicoemocional estão disponíveis vários instrumentos que visam avaliar os níveis, a presença dos sintomas de ansiedade e depressão. Os instrumentos mais utilizados que visam avaliar a presença de sintomas de ansiedade e depressão são: Escala de Depressão de Hamilton (HRSD), Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (BERGEROT; LAROS, ARAÚJO, 2014).

O instrumento HADS, validado por BOTEGA et al., (1995), tem por finalidade o rastreamento de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos. É composta por 14 itens de múltipla escolha, destinado à avaliação de sintomas de ansiedade e depressão. Neste instrumento cada item contém uma pontuação de 0 a 3 atingindo pontuação máxima de 21 pontos. Como ponto de corte para analisar a presença de sintomas de ansiedade são escores iguais ou maior que 8, e sintomas depressivos escores iguais ou maior que 9 (BERGEROT; LAROS; ARAÚJO, 2014).

O instrumento HAM D (Escala de Depressão de Hamilton), tem por finalidade em avaliar sintomas depressivos, esta escala passou por algumas alterações e atualmente a nova

versão contem 17 itens na escala onde avaliam a presença de 3 fatores (Depressão Geral, Agitação versus Retardo e Insônia) (FREIRE et al., 2014).

O instrumento inventário de Beck (BDI), foi criado por Beck et al., (1961), trata-se de um instrumento que rastreiam a intensidade dos sintomas de depressão, contida por 21 itens (GANDINI, et al., 2007)

2.0 JUSTIFICATIVA

A doença renal crônica e o tratamento hemodialítico são fontes de estresse, ansiedade e transtornos depressivos que podem levar o paciente à insegurança, ao isolamento social, à perda da capacidade laboral, à impossibilidade de locomoção e lazer, à diminuição da atividade física, à perda da autonomia, a alterações da imagem corporal e, ainda, a um sentimento ambíguo entre o medo de viver e o de morrer. Portanto, fica evidente que o tratamento dialítico por si só, é de grande custo tanto para os aspectos emocionais quanto para os aspectos sociais dos pacientes com doença crônica, pois compromete muito a qualidade de vida deles.

Um estudo realizado por Nifa e Rudnicki (2010), apontou que indivíduos com doença renal crônica, que fazem hemodiálise e que apresentam sintomas depressivos, têm uma probabilidade duas vezes maior de irem a óbito ou serem hospitalizados (num período de um ano), comparado aos pacientes que não apresentam depressão.

Sendo assim, e diante dos desmembramentos psicoemocionais advindos da doença renal crônica e do tratamento dialítico, justificamos a necessidade de realizar esse estudo, com a finalidade de verificar, com bases e evidências científicas, como está o estado emocional dos pacientes que realizam hemodiálise no município de Uberlândia. Sendo assim, a realização desse estudo torna-se totalmente viável.

Com esses dados, será possível realizar um diagnóstico situacional acerca desses constructos subjetivos nos pacientes com DRC atendidos nas diversas instituições do município de Uberlândia. A partir daí, a equipe multiprofissional poderá planejar a assistência mais adequada a esses indivíduos, por meio de intervenções que visem melhorar os aspectos psicossociais e emocionais desses pacientes, e pactuar com ele estratégias de autogestão da saúde, visando buscar melhores resultados em saúde.

3.0 OBJETIVOS

- 1.** Mensurar a os níveis dos sintomas de ansiedade e depressão dos indivíduos com Doença Renal Crônica (DRC) em terapia renal substitutiva.
- 2.** Comparar se há diferença estatística dos escores sintomas de ansiedade e depressão, entre pacientes com DRC que fazem hemodiálise e em relação a um grupo normativo;
- 3.** Identificar quais os determinantes sociais, demográficos e clínicos que se associam com os sintomas de ansiedade e depressão, em indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico e em relação a um grupo normativo.

4. MÉTODO

4.1 Delineamento, Considerações éticas e Local do estudo

Estudo transversal, analítico e descritivo, com abordagem quantitativa correlacional e comparativa. Este estudo é procedente de um projeto de pesquisa amplo (eixo temático), intitulado de “Associação de medidas de constructos subjetivos na autogestão em saúde de pacientes com doença renal crônica”. Esse projeto de pesquisa amplo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) sob n. CAAE 67009117.0.0000.5152 (Anexo 3).

Foi executado nas dependências físicas do Ambulatório de atendimento clínico especializado de uma Instituição Pública (Universitário) e de uma clínica Privada de hemodiálise vinculada ao SUS, ambos situados no Município de Uberlândia-MG.

4.2 Participantes

No presente estudo, tivemos duas categorias de participantes, um grupo de estudo (GE) e um grupo normativo (GN). Participaram da pesquisa todos os indivíduos que contemplaram os critérios de inclusão, tanto o grupo de estudo como o grupo normativo.

O grupo de estudo (GE) foi composto por indivíduos com diagnóstico de doença renal crônica, em terapia renal substitutiva, que estavam em atendimento ambulatorial nos serviços de diálise da Instituição Pública e da Instituição Privada, credenciada ao Sistema Único de Saúde.

Atualmente, no serviço de atendimento clínico especializado de Hemodiálise do hospital público, recebe em torno de 54 pacientes renais crônicos que fazem as sessões de hemodiálise entre 2 a 3 dias por semana, e não há atendimento para sessões de diálise peritoneal nessa instituição. Já na clínica privada, há atendimento de 252 pacientes, sendo que: apenas 8 fazem diálise peritoneal e 244 realizam hemodiálise, entre 2 a 3 dias por semana.

Adotamos como critérios de inclusão do grupo de estudo, todos os indivíduos portadores de doença renal crônica diagnosticados no período maior que 6 meses, com idade entre 18 anos a 80 anos, que estavam com preservação cognitiva e em acompanhamento clínico regular ambulatorial em hemodiálise nessas unidades de atendimento. Foram excluídos do estudo, os indivíduos com história de internação prévia e que estavam em terapia

substitutiva em menos de 6 meses e pacientes em DP.

Os critérios de inclusão do grupo normativo (GN) foram: indivíduos que referiram ser saudáveis (sem relato de doenças crônicas diagnosticadas) e serem maiores de 18 anos. Foram excluídos indivíduos com história de internação, doença infecciosa prévia (ou atestado médico) nos últimos 30 dias.

O recrutamento dos participantes do grupo de estudo (GE), em ambos os locais de atendimento (serviços público e privado), ocorreu na sala de espera do ambulatório, onde todos os pacientes foram convidados a participar do estudo. A amostra obtida foi não probabilística, por conveniência e consecutiva. Após a abordagem do participante, foram apresentados os objetivos do estudo e mediante os devidos esclarecimentos, foi solicitado o seu consentimento para se iniciar o protocolo metodológico do projeto, o qual foi efetivado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante (APENDICE 1).

No caso dos participantes do GN, o recrutamento ocorreu nas dependências físicas do campus universitário e na comunidade. Todos os potenciais participantes, e mediante a informação prévia de não possuírem nenhum diagnóstico de doença crônica, foram convidados. A amostra foi não probabilística, por conveniência e consecutiva. Após a apresentação dos objetivos do estudo e mediante os devidos esclarecimentos aos participantes, foi solicitado o seu consentimento para se iniciar o protocolo metodológico do projeto, o qual foi efetivado por meio da assinatura do TCLE (APENDICE 1).

4.3 Procedimentos para coleta de dados

Recrutados os participantes e firmados os consentimentos dos mesmos, tanto do grupo de estudo como do grupo normativo, procedeu-se o seguimento do protocolo metodológico do estudo. O método de aplicação desses questionários avaliativos foi o mesmo, tanto para o grupo de pacientes com DRC (GE), como para o GN. Determinamos que o quantitativo desses participantes do grupo normativo (GN) fosse o mesmo número dos participantes do grupo de pacientes com doença renal crônica (GE).

O período de coleta de dados desse estudo decorreu no período de Outubro/2017 a Março/2018. A amostra recrutada foi não probabilística, por conveniência, do tipo consecutivo. Ou seja, todos os pacientes que corresponderam aos critérios de inclusão do estudo, durante esse período, foram incluídos na amostra.

Foram aplicados os questionários avaliativos (pela técnica de entrevista), em um

ambiente privativo. O tempo utilizado para resposta de todos os questionários foi em torno de 30 a 35 minutos. A primeira avaliação realizada foi a triagem do estado cognitivo do participante. A avaliação cognitiva dos pacientes eleitos foi realizada com um questionário que avaliou a capacidade discriminatória e de orientação psíquica e mental do indivíduo no tempo e no espaço, conforme descrita por Pfeifer (1975) (ANEXO 1). As perguntas que foram feitas são as seguintes: (a) Qual seu nome completo? (b) Qual sua data de nascimento? (c) Em que dia da semana estamos? E (d) Qual o nome do local onde estamos nesse momento? Nessa avaliação, o participante deveria acertar ao menos três perguntas para ser incluído no estudo. Aos pacientes que foram considerados aptos cognitivamente por essa avaliação, efetivamos as etapas metodológicas do estudo, as quais estão descritas a seguir.

Os procedimentos de coleta de dados dos participantes, tanto do grupo de estudo como do grupo normativo foram semelhantes: obtida a aptidão psíquica e mental, foram aplicados os instrumentos avaliativos: Questionário de caracterização dos dados sócio demográficos (APÊNDICE 2), o questionário com informações sobre os dados clínicos (APÊNDICE 3), e a versão validada para uso no Brasil do instrumento “*Hospital Anxiety and Depression Scale*” (HADS) (BOTEGA et al., 1995) (ANEXO 2).

4.4 Descrições dos instrumentos de coleta dos dados

4.4.1 Instrumentos para caracterização social, demográfica e clínica.

Obtivemos as informações sociais, demográficas e clínicas dos participantes por meio do instrumento elaborado pelos pesquisadores do estudo, mediante informações baseadas em estudos prévios e conforme os objetivos desse estudo.

O instrumento com informações sociais e demográficas foi composto pelos seguintes itens: data da entrevista, duração da entrevista, sexo, data de nascimento e idade, número do prontuário, procedência (município de origem), estado civil, escolaridade (por categorias e em anos de estudo), renda familiar (salários mínimos e renda bruta em reais), quantidade de pessoas que viviam na mesma residência e profissão do participante (tipo de trabalho e se naquele momento estava exercendo alguma atividade remunerada, ou seja, se estava ativo ou inativo) (APÊNDICE 2).

O instrumento com informações clínicas foi composto por dados autorreferidos (tipos de doenças e medicamentos utilizados pelo participante, se fuma, se faz atividade física regular, hábitos alimentares semanais e quais fontes de informação ele utiliza para se informar sobre sua saúde) e ainda por dados obtidos em consulta aos seus prontuários (instituição de

origem, diagnóstico médico principal e outros diagnósticos assinalados no prontuário e a quantidade de doenças crônicas diagnosticadas e que estão informadas nos prontuários). Além disso, solicitamos informações sobre o tempo de duração da sessão e a frequência da terapia renal substitutiva e se o paciente já apresentou algum tipo de complicação ou hospitalização decorrente da DRC (APÊNDICE 3).

4.4.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

O “*Hospital Anxiety and Depression Scale*” (HADS) é um instrumento desenvolvido com a finalidade de rastrear os sintomas afetivos de baixa intensidade em pacientes que apresenta doenças (ARAÚJO, 2012). Para avaliarmos a presença de sintomas de ansiedade e depressão, utilizamos o HADS em sua versão em português adaptada para o Brasil (BOTEGA et al., 1995). A versão original foi desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983) e tem sido bastante utilizada para identificar e mensurar a intensidade dos sintomas de ansiedade e de depressão (BOTEGA et al., 1995; MARCOLINO et al., 2007).

É composta por 14 questões de múltipla escolha, sendo que sete itens se referem à subescala de depressão e os restantes à de ansiedade, cada item disposto em questões alternadas. Cada questão pode receber de 0 a 3 pontos, assim a pontuação global de cada subescala pode variar de 0 a 21 pontos, com maiores valores indicando maior presença dos referidos sintomas (BOTEGA et al., 1995).

4.4.3 Processamento e Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados em uma planilha eletrônica (Microsoft Office Excell for Windows[®]) e posteriormente transportados para os softwares IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 executados em ambiente Windows[®], para o processamento dos dados. Para todas as análises, adotamos o índice de significância de 0,05 para todos os testes.

Para tratamento estatístico, todos os dados contínuos foram testados quanto à normalidade pelo teste de Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

Como algumas das variáveis qualitativas com múltiplos níveis apresentavam uma amostra pequena (pouca representatividade das mesmas), optamos pela dicotomização dessas variáveis. As classificações adotadas para a dicotomização foram: Procedência (1: Uberlândia, 0 outras cidades); Estado Civil (1: com companheiro, 0 sem companheiro);

Escolaridade (1: ensino médio completo ou maior, 0: ensino inferior ao descrito anterior); Ambulatório origem (1: público, 0: privado); Sexo (1: feminino, 0: masculino).

Os dados das variáveis avaliadas foram apresentados na forma de frequência absoluta, relativa ou como média, erro padrão, mínimo, máximo e mediana dependendo da distribuição.

Como algumas das variáveis qualitativas mostraram baixa representatividade as mesmas foram dicotomizadas. Foi adotada a seguinte dicotomização: Procedência (1:Uberlândia, 0 outras cidades); Estado Civil (1: com companheiro, 0 sem companheiro); Escolaridade (1: ensino médio completo ou maior, 0: ensino inferior ao descrito anterior); Ambulatório origem (1: instituição pública, 0: instituição privada); Sexo (1: feminino, 0: masculino).

Para a comparação do perfil dos dois grupos, os dados que foram dicotomizados foram comparados utilizando o teste de Qui-Quadrado de independência com correção de continuidade. Para os dados contínuos, não pareados, como não mostraram normalidade (na sua maioria), foi aplicado o teste de Mann-Whitney.

Em relação à avaliação do instrumento HADS, o qual avalia os sintomas de depressão e ansiedade, foi utilizada a análise de regressão logística múltipla. Para isso, utilizamos o método de seleção de variáveis *backward*, baseando-se no critério de exclusão do modelo (considerando a probabilidade do teste de Wald menor que 10%). Como alguns modelos apresentaram inconsistências, foi necessário fazer alguns ajustes. Realizados os ajustes, calculamos o *Odds Ratio*, considerando um intervalo de confiança de 95% (*Odds Ratio* ajustado).

Para todas as análises, excluímos o tempo de ensino formal e a procedência. Dicotomizamos as variáveis renda, individual e familiar, para os pacientes do grupo de estudo (em hemodiálise).

Como os modelos de regressão não foram construídos com o intuito de predição, mas para descrever os indivíduos estudados, os pressupostos dos modelos não foram testados. Os modelos foram usados somente para descrever a população estudada numa perspectiva multivariada.

5. RESULTADOS

5.1 Resultados relacionados aos participantes do estudo

Nesse estudo, abordamos um total de 114 (100%) indivíduos com doença renal crônica, que consideramos elegíveis. Desses, foram excluídos 14 (11%) participantes, pois 8 (6%) se recusaram participar da pesquisa, 1 (1%) estava impossibilitado de responder os questionários, os outros 5 (4%) indivíduos foram excluídos por não atenderem os critérios de inclusão. Portanto, o grupo de estudo foi formado por uma amostra de 100 indivíduos.

Para a população normativa, foram abordados 105 indivíduos que atenderam os critérios de inclusão, no entanto 5 (5%) desses recusaram participar. Totalizando uma amostra de 100 participantes.

5.2 Caracterização social e demográfica

Quanto às características dos participantes do grupo de estudo, verificamos que houve predominância do sexo masculino 59%, em 68% tinham nível educacional de ensino médio incompleto, 55% referiram não viver conjugalmente com alguma companhia. A maioria, 53% foi proveniente de instituição privada e 57% referiram ter apresentado algum tipo de complicação decorrente da doença renal crônica.

Já em relação às características gerais do grupo normativo, verificamos que houve predominância do sexo feminino 54%, em 56% tinham nível educacional de ensino médio completo/superior e 62% referiram viver conjugalmente com companheiro (a). Verificamos, portanto, que apenas as variáveis, estado civil e escolaridade, tiveram diferença estatística entre os grupos avaliados ($p < 0,05$).

No que se refere às variáveis contínuas, verificamos que o grupo de estudo era mais velho (média=53,59 anos) comparado ao grupo normativo (47,79 anos) ($p = 0,004$). Todas as outras variáveis avaliadas, o grupo normativo tinha característica superior ao grupo de estudo, no que se refere em nível de instrução, renda individual e familiar ($p < 0,05$). Dados detalhados na tabela 1.

Tabela 1. Perfil social e demográfico dos indivíduos com doença renal crônica, em hemodiálise (grupo de estudo) e da população normativa. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Variável	Estrato	Grupo n (%)		p ¹
		Hemodiálise (n=100)	Normativa* (n=100)	
Sexo	Masculino	59 (59)	46 (46)	0,089
	Feminino	41 (41)	54 (54)	
Procedência	Uberlândia	83 (83)	92 (92)	0,087
	Outras cidades	17 (17)	8 (8)	
Estado civil	Sem companheiro	55 (55)	38 (38)	0,023
	Com companheiro	45 (45)	62 (62)	
Escolaridade	EM incompleto	68 (68)	44 (44)	0,001
	EM completo/superior	32 (32)	56 (56)	
Tabagismo	Não	86 (86)	93 (93)	0,166
	Sim	14 (14)	7 (7)	
Atividade física	Não	71 (71)	63 (63)	0,229
	Sim	29 (29)	37 (37)	
Instituição	Público	47 (47)		
	Privado	53 (53)		
Complicações	Não	43 (43)		Continua...

	Sim	57 (57)
Comorbidades	Não	16 (16)
	Sim	84 (84)

Variável	Hemodiálise (n=100)		Normativa [#] (n=100)		p ²
	Média ± EP	Mín-Máx (Mediana)	Média ± EP	Mín-Máx (Mediana)	
Idade (anos)	53,59 ± 1,47	21 - 81 (54)	47,79 ± 1,52	20 - 82 (47)	0,004
Tempo estudo (anos)	8,41 ± 0,39	0 - 17 (9,5)	9,92 ± 0,36	2 - 20 (11)	0,003
Renda individual (reais) [#]	1584,56 ± 150,17	800 - 10000 (980)	1842,88 ± 151,9	0 - 8000 (1300)	0,018
Renda familiar (reais) [#]	2712,52 ± 220,78	900 - 11000 (1980)	3441,6 ± 272,2	900 - 22000 (2800)	0,001
Salários mínimos	2,52 ± 0,13	1 - 6 (2)	2,96 ± 0,12	1 - 6 (3)	0,004
Moradores (número)	2,6 ± 0,15	0 - 7 (2)	2,82 ± 0,15	0 - 6 (3)	0,187
Tempo de sessão (mín)	220,25 ± 2,29	150 - 270 (225)			
Tempo hemodiálise (meses)	5,05 ± 0,43	1 - 19 (4)			
Tempo diagnóstico (meses)	7,16 ± 0,68	1 - 40 (5)			
Comorbidades (número)	1,57 ± 0,1	0 - 4 (1,5)			

Legenda: EP - erro padrão; Mín: mínimo; Máx: máximo; EM - Ensino médio. p¹ - baseado no teste de Qui-Quadrado com correção de continuidade; p²- teste de Mann-Whitney. [#]n=100 cada grupo, exceto para renda (com n=99 para a população normativa).

Na tabela 2, apresentamos a descrição dos escores das subescalas do HADS. Podemos verificar que, os escores de ansiedade do grupo de estudo (pacientes com DRC em tratamento hemodialítico) são equivalentes aos da população normativa, ou seja, estão normais em relação à população geral ($p=0,709$). No entanto, quando avaliamos a subescala da presença de sintomas depressivos, verificamos que a pontuação média dos escores do HADS-D (média=6,59; EP= $\pm 0,42$; Mediana=6) é significativamente superior que a da população normativa (média=4,96; EP= $\pm 0,31$; Mediana=4,5) ($p<0,05$). 32% dos participantes do grupo de estudo apresentaram sintomas depressivos, ao passo que no grupo normativo foi de 17% ($p<0,021$).

Tabela 2. Escores das subescalas da versão brasileira do *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) em indivíduos com doença renal crônica (em hemodiálise) e da população normativa (n = 100 indivíduos por grupo). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Grupo	Estatística	HADS-A	HADS-D
		Média \pm EP	
Hemodiálise		6,65 \pm 0,46	6,59 \pm 0,42
Normativa		6,18 \pm 0,35	4,96 \pm 0,31
		Mín-Máx (Mediana)	
Hemodiálise		0 - 20 (6)	0 - 21 (6)
Normativa		0 - 18 (6)	0 - 14 (4,5)
	p^1	0,709	0,007
		Pontuação	
	HADS	n (%)	
Hemodiálise	≤ 8 pontos	74 (74)	68 (68)
	≥ 9 pontos	26 (26)	32 (32)
Normativa	≤ 8 pontos	76 (76)	83 (83)
	≥ 9 pontos	24 (24)	17 (17)
	p^1	0,87	0,021

Legenda: EP: erro padrão, Mín: mínimo; Máx: máximo; HADS-A: Subescala ansiedade do HADS; HADS-D: Subescala depressão do HADS.

¹ p - probabilidade baseada na comparação das medianas pelo teste de Mann-Whitney

5.3 Análise Multivariada

Para analisarmos a influência de alguns fatores associados entre si, com a ocorrência dos sintomas de ansiedade e depressão nos participantes do estudo, fizemos uso da análise multivariada dos dados. Verificamos que o modelo de regressão linear múltipla demonstrou a magnitude da influência das variáveis, sendo essas preditoras para a ocorrência ou não de sintomas de ansiedade e de depressão, avaliadas pelo HADS. Foi considerada a correção de perfil social e demográfico entre os dois grupos (tabela 3) e, depois, essa avaliação ocorreu de forma independente para o grupo de estudo (DRC em hemodiálise) (Tabela 4).

No que se refere à ansiedade, podemos verificar que sexo do sexo feminino ($Bi = 2,072$; $p = 0,015$), morar em Uberlândia ($Bi = 4,07$; $p = 0,001$), fumar ($Bi = 3,409$; $p = 0,005$) e fazer o tratamento em instituição pública ($Bi = 2,055$; $p = 0,02$) são considerados preditores para a ocorrência de sintomas de ansiedade para os pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Ao passo que, os preditores para a ocorrência dessa entidade no grupo normativo, são apenas as variáveis procedência ($Bi = 2,069$; $p = 0,014$) e tabagismo ($Bi = 3,264$; $p = 0,001$).

Em relação à ocorrência de sintomas de depressão, observamos que morar em Uberlândia ($Bi = 3,048$; $p = 0,008$), ter menor escolaridade ($Bi = -1,872$; $p = 0,033$) e fazer o tratamento em instituição pública ($Bi = 2,209$; $p = 0,011$) foram consideradas como preditores para a ocorrência de sintomas de transtornos emocionais.

Já para o grupo normativo, os fatores que mais influenciaram foram ser do grupo normativo ($Bi = 1,596$; $p = 0,003$) e a procedência ($Bi = 2,117$; $p = 0,008$). Dados detalhados na tabela 3.

Tabela 3. Resultados da análise de regressão linear múltipla para as subescalas da versão brasileira do *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) em indivíduos com doença renal crônica (em hemodiálise) e da população normativa (n = 100 indivíduos por grupo). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Grupo	Domínio	Variável ¹	Bi	EP	T	p
Normativa	HADS-A	Constante	4,248	0,79	5,4	<0,001
		Procedência	2,069	0,83	2,48	0,014
		Tabagismo	3,264	0,9	3,63	<0,001
	HADS-D	Constante	3,54	0,84	4,21	<0,001
		Grupo	1,596	0,53	2,99	0,003
		Procedência	2,117	0,79	2,69	0,008
		Escolaridade	-0,947	0,54	-1,76	0,08
DRC em Hemodiálise	HADS-A	Constante	0,979	1,26	0,78	0,439
		Sexo	2,072	0,84	2,47	0,015
		Procedência	4,07	1,15	3,53	0,001
		Tabagismo	3,409	1,2	2,85	0,005
		Ambulatório origem	2,055	0,87	2,36	0,02
	HADS-D	Constante	2,735	1,255	2,179	0,032
		Procedência	3,048	1,125	2,709	0,008
		Escolaridade	-1,872	0,867	-2,16	0,033
		Ambulatório origem	2,209	0,85	2,599	0,011
		Presença de complicações	1,554	0,825	1,883	0,063

Legenda: *Bi*: i-ésima estimativa dos parâmetros do modelo, *t*: estatística do teste *t* de Student para a estimativa, EP: erro padrão, *p*: probabilidade. DRC - doença renal crônica.

¹Codificação das variáveis: Grupo: (1: pacientes em Hemodiálise, 0: população normativa); Procedência (1: Uberlândia, 0: outras cidades); Escolaridade (1: ensino médio completo ou maior, 0: ensino médio incompleto ou menor); Ambulatório origem (1: público, 0: Clínica privada); Tabagismo (1: sim; 0: não), Presença de complicações (1: sim; 0: não).

Para o grupo de estudo, ou seja, pacientes com doença renal crônica (em hemodiálise), os preditores para a ocorrência de sintomas de ansiedade foram: ser do sexo feminino ($Bi = 1,595$; $p = 0,003$; OR = 4,93), fumar ($Bi = 1,917$; $p = 0,006$; OR = 6,8) e fazer hemodiálise no setor público ($Bi = 1,233$; $p = 0,028$; OR = 3,43). No que se refere aos sintomas depressivos, as variáveis que mais influenciaram para a ocorrência desses sintomas foram ser do sexo

feminino ($Bi = 0,797$; $p = 0,086$; $OR = 2,22$) e conviver com menor número de moradores na residência ($Bi = -0,296$; $p = 0,066$; $OR = 0,74$). Nessa mesma avaliação podemos observar que, a razão de chances (OR) para o desenvolvimento de sintomas de transtornos emocionais, no grupo de estudo, foram consideráveis, ou seja, essas variáveis preditoras aumentam significativamente o risco para desenvolvimento tanto de sintomas depressivos, quanto de sintomas de ansiedade, exceto a variável “número de moradores na residência” ($OR = 0,74$), o qual passa a ser um fator de proteção para a ocorrência.

Em relação ao grupo normativo, o desenvolvimento de sintomas de ansiedade foram influenciados pelas variáveis procedência (morar em Uberlândia) ($Bi = 2,355$; $p = 0,025$; $OR = 10,54$) e fumar ($Bi = 1,524$; $p = 0,002$; $OR = 4,59$), ao passo que para o desenvolvimento de sintomas depressivos, as variáveis preditoras foram procedência ($Bi = 1,17$; $p = 0,071$; $OR = 3,22$) e pertencer ao grupo da população em geral (normativa) ($Bi = 0,914$; $p = 0,009$; $OR = 2,49$).

Podemos observar que, a razão de chances das variáveis preditoras para a ocorrência de transtornos emocionais no grupo normativo, foi bem superior em relação à magnitude da razão de chances no grupo de estudo. /

Tabela 4. Resultados da análise de regressão logística múltipla e da razão de chances (*Odds Ratio*) para as subescalas da versão brasileira do *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) em indivíduos com doença renal crônica (em hemodiálise) e da população normativa ($n = 100$ indivíduos por grupo). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Grupo	Subescala	Variável	Bi	EP	p	OR	LI	LS
Normativa	HADS-A	Procedência	2,355	1,052	0,025	10,54	1,34	82,91
		Tabagismo	1,524	0,501	0,002	4,59	1,72	12,25
	HADS-D	Constante	-3,511	1,046	0,001			
		Grupo	0,914	0,347	0,009	2,49	1,26	4,93
		Procedência	1,17	0,649	0,071	3,22	0,9	11,5
		Constante	-2,678	0,681	<0,001			
DRC em Hemodiálise	HADS-A	Sexo	1,595	0,529	0,003	4,93	1,75	13,89

	Tabagismo	1,917	0,698	0,006	6,8	1,73	26,7
	Ambulatório origem	1,233	0,56	0,028	3,43	1,14	10,28
	Constante	-2,842	0,586	<0,001			
	Sexo	0,797	0,464	0,086	2,22	0,89	5,51
HADS-D	Moradores (número)	-0,296	0,161	0,066	0,74	0,54	1,02
	Constante	-0,354	0,442	0,423			

Legenda: B_i : i-ésima estimativa dos parâmetros do modelo, EP: erro padrão. OR= Odds Ratio; p : probabilidade baseada no teste de Wald, LI e LS: limite inferior e superior, respectivamente, do intervalo de confiança do *Odds-Ratio* a 95%. DRC - doença renal crônica.

¹Codificação das variáveis: Procedência (1: Uberlândia, 0: outras cidades); Estado Civil (1: com companheiro, 0: sem companheiro); Escolaridade (1: ensino médio completo ou maior, 0: ensino médio incompleto ou menor); Tabagismo (1: sim; 0: não); Ambulatório origem (1: público, 0: privado); Sexo (1: feminino, 0: masculino).

6. DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define depressão como um transtorno mental comum associado a sintomas como tristeza, perda de interesse, redução ou ausência do prazer, oscilações sentimentais de culpa, baixa autoestima, e distúrbios fisiológicos. Os sintomas podem ser de longa duração ou recorrentes, ocasionando mudanças significativas no estilo vida do indivíduo (CORBANEZI et al., 2015).

A principal causa da depressão esta associada com algum tipo de perda, e normalmente para o paciente renal crônico essas perdas estão relacionadas ao déficit da função renal, bem-estar prejudicado, relações familiares e sociais conflituosas após instalação da doença, gastos financeiros decorrentes do tratamento, função sexual reduzida, entre outras (ZIMMERMANN; CARVALHO; MARI, 2004).

De acordo com STASIAK, et al., (2014) os sintomas de ansiedade e depressão são muito frequentes entre pacientes em tratamento dialítico, principalmente pelo fato dos pacientes passarem por condições psicológicas estressantes e pelas restrições e mudanças de estilo de vida que são submetidos pelo tratamento.

Já a ansiedade refere ao estado de agitação, preocupação ou angústia, comum em diversas patologias. A ansiedade geralmente é formada pela associação de sintomas fisiológicos, alterações comportamentais e pensamentos catastróficos (BARCELLO, 2017).

Para a caracterização da amostra deste estudo, utilizamos um questionário sociodemográfico semi-estruturado e evidenciamos que a variável sexo foi semelhantes entre o grupo de hemodiálise e normativo. No que se refere à procedência, prevaleceram indivíduos residentes em Uberlândia. Observamos também que na variável “estado civil” a maior predominância foi de portadores de DRC sem companheiros, e quanto à escolaridade constatamos que a maioria não possui o ensino médio completo.

No estudo Cavalcanti; Filho; Marinho, (2014) realizado em Santa Casa de Misericórdia em Recife, foi identificado que 56,4% dos participantes possuem companheiro, dado semelhante ao encontrado em nossa pesquisa. Em contrapartida uma pesquisa prévia realizada no Município de Jequié/BA, prevaleceu indivíduos com companheiros (59,0%) (MASCARENHAS et al., 2011).

Em relação à procedência do participante, os dados encontrados em nosso estudo corroboram com Barros et al., (2011), já que a maioria dos participantes com DRC residem em áreas urbanas.

Na variável “escolaridade”, estudos demonstram que o ensino formal de pacientes renais crônicos é da baixa, como observamos no estudo que foi realizado em João Pessoa, onde cerca de 57,7% dos pacientes possuem baixa escolaridade (COUTINHO; COSTA, GONÇALVES, 2015). Em outro estudo que foi realizado em uma Clínica Nefrologia de SP, 46,0% dos pacientes hemodialíticos

possuem baixa escolaridade (OTTAVIANI, et al., 2016). No entanto, os dados encontrados em nossa pesquisa evidenciaram que 68% dos participantes possuem ensino médio completo, embora o grupo normativo tenha uma maior prevalência de participantes com ensino superior.

O “tempo de ensino formal” deste estudo, observamos que o grupo normativo apresenta um tempo de formação superior (Mediana=11 anos) ao grupo de hemodiálise (Mediana= 9,5 anos). Hipoteticamente, pacientes que fazem hemodiálise apresentam um tempo formal menor pelo fato de ter menor grau de escolaridade em comparação com o grupo normativo. No estudo de Guerrero; Alvarado; Espina (2012), a média do tempo de estudo formal foi de 7,84 anos. Em outro estudo de Schardong; Lukrafka; Garcia, (2006) a mediana do tempo de estudo dos pacientes renais crônicos foi de 11 anos.

Coutinho e Tavares (2011), afirmam que o fato do paciente apresentar baixa escolaridade ou analfabeto dificultam no entendimento quanto às orientações que são realizados pela equipe de saúde, impossibilitando a leitura e compreensão.

No que se refere a variável “idade”, estudos prévios demonstram que a média de idade dos participantes varia de 36 a 55 anos. Um censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, indica que a cerca de 63,7% dos pacientes em tratamento hemodialítico apresenta idade inferior a 60 anos de idade. Sendo assim, no nosso estudo observamos conformidade nos dados (SANTOS, et al., 2018; MASCARENHAS et al., 2011).

Em relação à caracterização econômica a “renda individual” foi divergente nos dois grupos estudados, demonstrando que renda do grupo hemodiálise foi inferior (mediana=R\$ 980,00) ao do grupo normativo (mediana=R\$1300,00). Quanto a variável Renda Familiar o grupo normativo (mediana= R\$2800,00) foi superior ao grupo de hemodiálise cuja mediana de renda familiar foi de R\$1980,00. Esse resultado pode ser explicado pelo fato dos pacientes renais crônicos estar sujeito a tratamento contínuo, uma vez que são limitados a atividade de trabalho, grande maioria são aposentados, pensionistas ou recebem algum tipo de benefício. (MARTÍNEZ, et al., 2011).

O estudo de Takemoto et al., (2011), evidenciou que cerca de 85% dos pacientes recebem entre 1 a 3 salários mínimos. No estudo de Coutinho; Tavares (2011) realizado no Estado do Maranhão, 63,9% dos entrevistados informaram receber de 1 a 2 salários mínimos e 20,3% menos que 1 salário mínimo. Os resultados que encontramos no nosso estudo foram semelhante ao encontrado na literatura.

Souza e Oliveira (2017), afirma que fatores socioeconômicos como: baixa renda pessoal e familiar, baixo grau de escolaridade, condições desfavoráveis de vida, são fatores de risco que influenciam no desenvolvimento da DRC e em seu tratamento.

O desfecho primário da presente pesquisa refere-se aos resultados advindos do HADS, o qual evidenciou que 26% dos pacientes hemodialíticos apresentaram sintomas de ansiedade. Tais dados

corroboram com estudo realizado por Fernandes, et al., (2014) , realizado na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 21% dos pacientes renais crônicos apresentaram sintomas de ansiedade.

Foi encontrado na literatura estudo que evidenciou escores de ansiedade maiores, como no estudo realizado por Souza e Oliveira (2017) em Hospital Universitário da região Nordeste, onde 45,9% de pacientes hemodialíticos apresentaram sintomas de ansiedade. Infere-se que tal divergência pode ser justificada pela influência de vários fatores, tais como características peculiares entre as populações estudadas (clínicas, socioeconômicas, etc), assim como a abordagem metodológica dos estudos.

Em relação ao grupo normativo neste estudo, cerca de 24% da população saudável apresentou sintomas de ansiedade. De acordo com Organização Mundial da Saúde (2017), 9,3% da população brasileira em geral apresenta sintomas de ansiedade. Na população como todo, fatores socioeconômicos (pobreza e desemprego), e fatores ambientais (estilo de vida em grandes cidades) são os principais contribuintes para o aumento de sintomas de ansiedade na população (CHADE, PALHARES, 2018).

Entretanto, apesar dos sintomas de ansiedade ser semelhantes nos dois grupos, observamos que no grupo hemodialítico foi superior ao do grupo normativo, o que é justificado pela rotina ambulatorial de realização de hemodiálise, procedimentos invasivos (como punção de fístula e curativos), tempo que os pacientes ficam conectados à máquina dialítica, por diversas horas durante e dias da semana, assim como pela alteração nas suas atividades de vida diária e estilo de vida (STASIAK, et al., 2014).

Além disso, nosso estudo demonstrou uma porcentagem aproximada à 32% de participantes com sintomas depressivos. Na literatura verificamos prevalência semelhante, como no estudo de Barbosa; Júnior; Bastos, (2007), realizado em Sergipe no qual a prevalência de depressão em pacientes portadores de DRC foi de 28,95%. Em outro trabalho realizado por Zimmermann et al., (2004) em Porto Alegre, este dado foi de 24,39%.

A presença de sintomas depressivos na população geral é de 5,8% (ONU, 2017). Em nosso estudo constatamos que 17% da população saudável apresentaram sintomas depressivos, dados superiores aos descritos na literatura.

Como esperado, os índices de sintomas depressivos foram superiores no grupo hemodialítico comparado ao normativo. Tal dado é justificado pela sobrecarga decorrente do tratamento, progressão da doença, sentimentos de inutilidade e frustração, sensação de fardo para a família, condições financeiras insuficientes, incapacidade físicas e laborais, assim como outros fatores que interferem na saúde do paciente com DRC (RUDNICKI, 2014).

Na perspectiva estatística analítica, a partir dos resultados obtidos pela regressão linear múltipla tendo como variável dependente a ansiedade, constatamos que as variáveis procedência e tabagismo

estabeleceram correlações positivas e significantes.

Inferimos que, o fato de morar em uma cidade desenvolvida do ponto de vista industrial e tecnológico (Uberlândia) pode propiciar maiores sintomas de ansiedade nos indivíduos, devido a industrialização, a rotina diária excessiva, estresse, ritmo acelerado dos grandes centros urbanos, trânsito e maiores índices de vulnerabilidade social, como a violência. No mesmo sentido, dificuldades encontradas no transporte público, condições financeiras, dificuldades no acesso ao serviço de saúde, momentos de lazer e momentos recreação reduzida, entre outros são fatores que contribuem para o desenvolvimento.

Ademais, constatamos que a composição do cigarro estimula a função cerebral a liberando diversos neurotransmissores (beta-endorfina e a norepinefina) propiciando sensação de bem-estar aos fumantes, afastando momentaneamente os níveis de estresse e ansiedade, apesar dos riscos que causam (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

No grupo hemodiálise verificamos que a variável sexo (feminino), procedência, tabagismo a especificidade da origem ambulatorial correlacionaram-se de forma positiva e significativa no com o constructo ansiedade.

A literatura demonstra maior prevalência de ansiedade em pacientes do gênero feminino. Fatores psicológicos, sociais e clínicos relacionados ao enfrentamento da DRC, contribuem para a progressão de sintomas ansiosos. Outro quesito contribuinte é que as mulheres em tratamento hemodialítico, por possuírem responsabilidades culturais como cuidados com os membros familiares e trabalho doméstico ocasionam maior sobrecarga física e mental (EVARISTO, 2012).

Conforme os nossos resultados no grupo hemodiálise, identificamos que no aspecto ansiedade e depressão as variáveis como procedência e ambulatório de origem (indivíduos que residem em Uberlândia e que são atendidos na instituição pública) possuem íntima relação para ocorrência de sintomas depressivos e ansiedade.

O tabagismo quando analisado à variável principal “ansiedade”, observamos que os portadores de DRC tabagistas cursam com maiores escores de ansiedade. Compreendemos que pelo fato dos pacientes hemodialíticos se submeterem ao procedimento de diálise várias horas e dias da semana, as dificuldades nas condições de transporte, alterações na rotina de trabalho, no papel social, familiar, na adaptação ao tratamento e ao processo de adoecimento, são elementos que geram ansiedade e consequentemente buscam o alívio no tabaco (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

No grupo de hemodiálise, verificamos que a variável escolaridade foi um preditor negativo sobre o domínio depressão, ou seja, quanto menor a escolaridade maior os sintomas de depressão. Deste modo pressupomos que os pacientes com baixa escolaridade apresentam menor conhecimento da doença, do tratamento, e das mudanças da rotina e atividades de vida diária. Tais fatores quando

associados aumentam os riscos para o desenvolvimento dos sintomas depressivos. Guanaré, et al., (2016), demonstrou que quanto menor o nível de escolaridade, pior o grau de adesão ao tratamento, satisfação terapêutica e engajamento com o estado de saúde, dificultando na compreensão da doença.

Em análise do HADS a partir do modelo de regressão logística múltipla, observamos que no grupo normativo nos quesito ansiedade e depressão, a variável “procedência” mostrou-se significativa.

Tal dado pode ser explicado como já mensurado anteriormente, no que diz respeito a rotina e estilo de vida de pessoas que residem em centros urbanos desenvolvidos, a variável tabagismo mostraram-se resultados significantes no desenvolvimento de sintomas de ansiedade. De acordo com alguns estudos, o fato de viver em cidades desenvolvidas e todo o processo estressante que é gerado com o aumento populacional, má qualidade do transporte público, superlotação no trânsito, poluição sonora, ausência da sociabilidade com a comunidade (AMORIM, 2014) as pessoas tendem a aliviar o estresse e ansiedade através do consumo de tabaco (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

Referente ao grupo de hemodiálise, as variáveis sexo, tabagismo e ambulatório de origem apresentaram resultados significantes com sintomas de ansiedade. Ser do sexo feminino, tabagista e fazer tratamento hemodialítico em hospital público é fatores que predispõe aumento de ansiedade.

De acordo com Kinrys e Wygant (2005), a probabilidade de mulheres apresentarem ansiedade é aproximadamente duas vezes maior do que nos homens. Este dado pode estar relacionado a função exercido pelas mulheres no papel familiar e demais responsabilidades culturais femininas (HIGA, 2008; MARINHO et al., 2017).

Pacientes renais crônicos em tratamento hospitalar público apresentaram maior prevalência de desenvolver ansiedade quando comparados à instituições particulares. Hipoteticamente os serviços públicos de saúde, além de atender pacientes de alta complexidade e em maior fluxo, estão sujeitos à falta de recursos humanos, pessoais e tecnológicos, podendo ocasionar maiores níveis de estresse, medo em relação ao desfecho da doença e conseqüentemente ansiedade. Outro motivo pelo qual os pacientes chegam ao serviço público com maiores índices de ansiedade e quadros clínicos mais complexos se deve a demora no diagnóstico, necessitando assim de tratamentos mais agressivos (COUTINHO; TAVARES, 2011).

Já o número de moradores na mesma residência apresentou correlação negativa com o domínio depressão do grupo hemodiálise. Quanto mais pessoa na residência convivendo com paciente renal crônico menor o escore de depressão, uma vez que esta variável passa a ser um fator de proteção para a ocorrência. De acordo Silva et al., (2011) o diagnóstico da DRC, o tratamento dialítico e suas complicações provocam angústia e fragilidade ao paciente, sendo de extrema importância o papel de apoio familiar contribuindo para que o portador de DRC não tenha sentimentos de inutilidade e insegurança. O cuidado apoiado dos membros familiares é fator estimulante positivo para o

enfrentamento da doença e da terapêutica.

Portanto, no grupo hemodiálise, o Estado Civil prevalente foram de participantes sem companheiros, e no grupo normativo indivíduos que possuem companheiros. Na tabela 2, observamos que os pacientes renais crônicos apresentam maiores níveis de depressão em comparação aos indivíduos da população. Este dado pode ser explicado pelo supracitado acima, no que tange o apoio familiar para o tratamento da DRC (SILVA et al., 2011).

7 CONCLUSÕES

Os objetivos do presente estudo foram atingidos, uma vez que verificamos que os pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico apresentaram maiores níveis de sintomas de ansiedade e depressão, quando comparados à população normativa.

Fatores sociais e demográficos que influenciaram no desenvolvimento de sintomas ansiedade e depressão em pacientes que fazem hemodiálise foram: escolaridade, procedência, tabagismo, sexo e ser atendido em instituição pública.

No grupo normativo os fatores significantes para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão foram: escolaridade, procedência, tabagismo e sexo.

Identificar e avaliar sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com DRC em hemodiálise pode contribuir para redução de maiores agravos, estados descompensados da doença e melhor estado de saúde percebido para população portadora. Além disso, os resultados desta pesquisa podem auxiliar na construção e atualização de políticas públicas de saúde para manejo clínico e psicológico de pacientes com DRC e outras doenças crônicas semelhantes.

Portanto, embora cumprindo os objetivos proposto pelo estudo, identificamos algumas limitações como o tamanho da amostra pequena, a coleta aconteceu somente em um hospital público e uma instituição privada, outras clínicas privadas e públicas também seriam interesse para traçar melhor o quantitativo desses sintomas.

A partir destes resultados, torna-se interessante a realização de estudos de cunho longitudinal, para melhor compreensão do comportamento de pacientes com DRC no que tangem os constructos ansiedade e depressão. Outra perspectiva é a realização de pesquisas de intervenção, no intuito de otimizar os escores de tais constructos, o que pode ser positivo no desfecho clínico da DRC.

REFERÊNCIAS

ABENSUR, H. et al. Biomarcadores de Função Renal na DRC. **Biomarcadores na nefrologia**. In: Bastos, M.G; MACEDO, E.; ALVES, M.A.V.F.R; LURDES, C., GROTO, H.Z.W; MOYÉS, R.M.A; CLARO, M.L; STINGHEN, A.E; FILHO, R.P (Org). São Paulo. Roche. 2011. [SN] p. 1-114.

ALMEIDA, L.S; PALMEIRA, A.T. O sofrimento psíquico, a doença renal crônica e as possíveis contribuições do trabalho do psicólogo. **Revista Científico**, [Fortaleza] v. 18, n. 37, p. 121-134, 2018.

AMORIM, R. I. Mobilidade urbana: o uso da bicicleta como estratégia de enfrentamento ao stress e ansiedade causado pelo trânsito, 2014.35 f. Trabalho de conclusão de Curso (Pós /Graduação em Psicologia) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2014.

ARAÚJO, Ana Cláudia da Silva; SANTO, Eniel do espírito. A importância das intervenções do enfermeiro nas intercorrências durante a sessão de hemodiálise. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 1, n. 1, p. 44-58, 2012.

ARAÚJO, Renato Ferreira. Prevalência do transtorno depressivo maior em pacientes com Hepatite C crônica e características psicométricas de instrumentos diagnósticos para o rastreamento de quadros depressivos. 2012. Tese (Mestrado em Neurociência). Universidade Federal de Minas Gerais, p 1-84.

BARBOSA, L.M.M; JUNIOR, M.P.A.; BASTOS, K.A. Preditores de qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, v. 29, n. 4, p. 222-9, 2007.

BARROS, M. B. A., FRANCISCO, P. M. S. B., ZANCHETTA, L. M., CÉSAR, C. L. G. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.9 p 1-14, 2011.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro Nefrologia**. [online]. 2011, vol.33, n.1, p.93-108.

BATISTA, Rosângela; GONÇALVES, Selma Félix; QUARESMA, Priscila. Identificação de sinais e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes submetidos à hemodiálise em ambulatório de Luziânia. **UNIDESC**, p 1-27, [2013].

BERGEROT, Cristiane DECAT; LAROS, Jacob Aries; ARAUJO, Tereza Cristina Calvacanti Ferreira. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. **Psicologia Universidade de São Francisco**, [São Francisco] v. 19, n. 2, p1-12, 2014.

BOTEGA, Neury J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, [Campinas] v. 29, n. 5, p. 359-363, 1995.

BRAGA, S.F.M. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Idosos em Hemodiálise em Belo Horizonte–MG. 2009. Tese de Doutorado. [Dissertação em Ciências da Saúde]. [Belo Horizonte (MG)] p. 1-172.

BUSSE, Reinhard; BLUMER, Miriam; SCHELLER-KREISEN, ZENTNER, Annette David (2010). Tackling Chronic Disease in Europe – Strategies, interventions and challenges. **United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies**. [Europe], p. 1-127.

CALHEIROS, Paulo Renato Vitória; OLIVEIRA, Margareth da Silva; ANDRETTA, Ilana. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. **Aletheia**, [Rio Grande do Sul], n. 23, p. 65-74, 2006.

CAMARGO V.P, WOTTRICH SH, QUINTANA A.M. A insuficiência renal crônica na visão de pacientes em hemodiálise: resignificando o corpo e a vida. [Trabalho de conclusão de curso]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2010. 6p. Graduação em psicologia.

CAMPOS, Maryane Oliveira; NETO, João Felício Rodrigues. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de saúde pública**, [Montes Claros] v. 32, n. 2, p. 1-232, 2014.

CASTILLO, Ana Regina G.L et al. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de**

Psiquiatria, [São Paulo] v. 22, p. 20-23, 2000.

CAVALCANTI, Cléssyo; AMORIM, Tavares de; FILHO, José Cândido de Araujo; MARINHO, Patrícia Érika de Melo. Nível de atividade física e sintomas depressivos em pacientes submetidos à hemodiálise: um estudo de corte transversal. **Fisioterapia e Pesquisa** [Recife] v. 21, n. 2, p. 161-166, 2014.

CHADE, Jamil; PALHARES, Isabela. "Brasil tem maior taxa de transtorno de ansiedade do mundo, diz OMS". **ESTADÃO**. São Paulo, 2017. Disponível em <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-tem-maior-taxa-de-transtorno-de-ansiedade-do-mundo-diz-oms,70001677247>. Acessado 03 de Junho de 2018.

CORBANEZI, Elton Rogerio et al. Saúde mental e depressão: a função política de concepções científicas contemporâneas. Tese [Doutorado e Sociologia]. [Campinas], p.1-169, 2015.

CONLEY, Samantha; REDEKER, Nancy. A Systematic Review of Self-Management Interventions for Inflammatory Bowel Disease. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 48, n. 2, p. 118-127, 2016. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jnu.12189>

CORREA, Fernanda Machado da Silva et al. Doença crônica na infância: vivência do familiar na hospitalização da criança. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 18-23, 2006.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; COSTA, Fabrycianne GONÇALVES. Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. **Psicologia e Sociedade**, v. 27, n. 2, 2015.

COUTINHO, Nair Portela Silva; TAVARES, Maria Clotilde Henriques. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. **Caderno de Saude Publica**, v. 19, p. 232-239, 2011.

DAUGIRDAS, J.T.; BLAKE, P.G.; Ing, T.S. Manual de Diálise. 3a.ed. Rio de Janeiro: **Editora Médica e Científica LTDA**, 2003.

DYNIWICZ, A. M.; ZANELLA. E.; KOBUS, L. S. G. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a historia oral como estratégia da pesquisa. **Revista Eletrônica de**

Enfermagem, v. 06, n. 02, 2004.

ENE-IORDACHE B., PERICO N., BIKBOV B., CARMINATI S., REMUZZI A., PERNA A., et al. Chronic kidney disease and cardiovascular risk in six regions of the world (ISN-KDDC): a cross-sectional study. **Lancet Glob Health**. 2016;4(5):e307- 19.

EVARISTO, Ana Margarida. O perfil de autocuidado dos clientes hemodialisados: influência no sucesso da gestão do regime terapêutico. 2012. Tese [Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica], p.1-136.

FERNANDES, Maria Isabel da Conceição Dias, et al. Prevalência do diagnóstico de enfermagem Volume de líquidos excessivo em pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [São Paulo] v. 48, n. 3, 2014.

FIGUEIREDO, Maria Silvia Lopes. Transtornos ansiosos e transtornos depressivos: aspectos diagnósticos. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, [Ribeirão Preto], v. 1, n. 1, p. 89-97, 2000.

FRAZÃO C.M.F.Q., MEDEIROS A.B.A., SILVA F.B.B.L, LIRA A.L.B.C. Nursing diagnoses in chronic renal failure patient on hemodialysis. **Acta Paulista de Enfermagem** [São Paulo]. 2014; v.27 n.1 p.1-4.

FREIRE, Manoela Ávila et al. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 281-9, 2014.

GANDINI, Rita de Cássia et al. Inventário de Depressão de Beck-BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. **Psicologia da Universidade de São Francisco**, [São Francisco] v. 12, n. 1, p. 23-31, 2007.

GONÇALVES, Fernanda Aguiar et al. Quality of life in chronic renal patients on hemodialysis or peritoneal dialysis: a comparative study in a referral service of Curitiba-PR. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 37, n. 4, p. 467-474, 2015.

GRANT, Elizabeth et al. Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study. **Palliative and Supportive Care**, v. 2, n. 04, p. 371-378, 2004.

GUANARÉ, Valeska da Costa Cristine Serra et al. Fatores associados à função cognitiva de pacientes com Doença Renal Crônica. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 24, n. 2, p.1-10, 2016.

GUERRERO, Verónica Guerra; ALVARADO, Olivia Sanhueza; ESPINA, Mirtha Cáceres. Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e de laboratório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [Chile] v. 20, n. 5, p.1-9, 2012.

HIGA, Karina et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, [São Paulo], v. 21, p.1-4, 2008.

INABA, Wilton Keiti. Prevalência de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em unidades de saúde pública e privada, Distrito Federal, Brasil, 2005. 2006. 80 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

KINRYS, Gustavo; WYGANT, Lisa E. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.27 p.1-8, 2005.

LACERDA, D.O, et al. Problemas psicossociais e a depressão em pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Científica da FAMINAS**, 2007.

MACHADO, Gabriela Rocha Garcia; PINHATI, Fernanda Romanholi. Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. **Cadernos UniFOA**, v. 9, n. 26, p. 137-148, 2014.

MADEIRO, Antônio Cláudio et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 4, 2010.

MAGALHÃES A., SCATAMBULO G.C., SZINVELSKI K.F., ROMÃO L.M., COSTA M.G., PARENTE M.N., et al. Atuação do psicólogo junto ao paciente com insuficiência renal crônica. [Trabalho de conclusão de curso]. Maringá: Centro Universitário de Maringá; 2008. 4p. Graduação em Psicologia.

MARCOLINO, J. A. M. et al. Medida da ansiedade e da depressão em pacientes no pré operatório. Estudo comparativo. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. v.57, n.2, p. 157-166,

2007.

MARINHO, Christielle Lidiane Alencar et al. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 3, p. 396-403, 2017.

MARTÍNEZ, Beatriz Bertolaccini et al. Desigualdade social em pacientes renais crônicos. **Revista Brasileira Clínica Médica**, v. 9, n. 3, p. 195-9, 2011.

MARTINS, Marielza R.; CESARINO, Cláudia Bernardi. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, 2005.

MASCARENHAS, Claudio Henrique Meira et al. Insuficiência renal crônica: caracterização sociodemográfica e de saúde de pacientes em tratamento hemodialítico no município de Jequié/BA. Espaço para a Saúde-**Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 12, n. 1, p. 30-37, 2011.

MELO, Wyara Ferreira et al. Assistência de enfermagem na urgência e emergência ao paciente vítima de Insuficiência Renal Aguda: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 06-11, 2015.

MORAES, Carlos Alberto de; COLICIGNO, Paulo Roberto Campos. Estudo morfofuncional do sistema renal. v. 1, n. 1, 2007.

MORAES, Cinthia Esbrileet al. Preditores de insuficiência renal crônica em pacientes de centro de referência em hipertensão arterial. **Revista da Associação Médica Brasileira**, p. 257-262, 2009.

MORAES, Eneida Bacelar. Intercorrências em pacientes com insuficiência renal crônica durante as sessões de hemodiálise. Pós-graduação em Nefrologia. Salvador p.1-51, 2011.

NIFA, Sabrina; RUDNICKI, Tânia. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 13, n. 1, p. 64-75, 2010.

NUNES, Fernanda Aguiar et al. Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista do Médico**

Residente, v. 16, n. 1, 2014.

OLIVEIRA, Thais Fonseca Menezes et al. Perfil sociodemográfico, eventos de vida e características afetivas de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento por hemodialise e diálise peritoneal: Um estudo crítico. **Psicólogo Informação**, v. 12, n. 12, p. 01-24, 2008.

ONUBR (ORGANIZAÇÃO NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL). "OMS registra aumento de casos de depressão em todo o mundo; no Brasil são 11,5 milhões de pessoas", 2017. Disponível em <https://nacoesunidas.org/oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-sao-115-milhoes-de-pessoas/> Acessado em 04 de Junho de 2018.

OTTAVIANI, Ana Carolina et al. Associação entre ansiedade e depressão e a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 3, p.1-8, 2016.

PFEIFFER, Eric. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 23, n. 10, p. 433-441, 1975.

PICCOLLI, Ana Paula; NASCIMENTO, Marcelo Mazza do; RIELLA, Miguel Carlos. Prevalence of chronic kidney disease in a population in southern Brazil (Pro-Renal Study). **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 39, n. 4, p. 384-390, 2017.

PILGER, Calíope et al. Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 677-683, 2010.

PILGER, Calíope et al. Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 677-683, 2010.

RAVAGNANI, Leda Maria Branco; DOMINGOS, Neide Aparecida Micelli; MIYAZAKI, M. C. O. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estudos de Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 177-184, 2007.

RIBEIRO R.C.H.M., OLIVEIRA G.A.S.A, RIBEIRO D.F., BERTOLIN D.C., CESARINO C.B., LIMA L.C.E.Q, OLIVEIRA S.M. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **Acta Paulista de**

Enfermagem. 2008.

RIBEIRO, Carla Danielle Silva et al. Percepção do portador de doença renal crônica sobre o tratamento hemodialítico. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 3, p. 36-44, 2013.

RIBEIRO, Kaiomax Renato Assunção. Cuidados de enfermagem aos pacientes com insuficiência renal crônica no ambiente hospitalar. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 6, n. 18, p. 26-35, 2016.

RIBEIRO, Karla Carolina Silveira; DA PENHA DE LIMA COUTINHO, Maria; DA SILVA NASCIMENTO, Emily. Representação social da depressão em uma instituição de ensino da rede pública. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 3, p.1-16, 2010.

RIBEIRO, Rita de Cássia Helú Mendonça et al. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 207-211, 2008.

RIELLA, M.C. Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; cap. 36, p. 649-60, 2003.

RIELLA, Miguel C.; FILHO, Roberto Pecoits. Insuficiência renal crônica: fisiopatologia da uremia. **Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan**, p. 661-90, 2003.

ROCHA, Dagoberto França da. Importância do planejamento didático de intervenções educativas para a adesão ao tratamento imunossupressor em pacientes transplantados renais. 2017. Tese [Mestrado em Ensino na saúde], p.1-98.

RODRIGUES, D. F. et al. Vivências dos homens submetidos à hemodiálise acerca de sua sexualidade. **Avances em Enfermagem**, v. 29, n. 2, p. 255-62, 2011.

RODRIGUES, Dinete Leilane Teixeira et al. Significados e sentimentos atribuídos ao paciente renal crônico quanto ao tratamento dialítico. Monografia [Especialização Atenção Psicossocial]. 2016.

ROSA-DIEZ G, Gonzalez-Bedat M, PECOITS-FILHO R, MARINOVICH S, FERNANDEZ S, LUGON J, et al. Renal replacement therapy in Latin American end-stage renal disease.

Clinical Kidney Journal. 2014;7(4):sfu039.

ROSO, Camila Castro. O cuidado de si de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento conservador. 2012. Tese de Doutorado. [Dissertação] de Mestrado em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Maria.

RUDNICKI, Tânia. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. **Contextos Clínicos**, v. 7, n. 1, p. 105-116, 2014.

SANCHO, Priscylla Oliveira Sena; TAVARES, Rafaelle Pereira; LAGO, Cristiana da Costa Libório. Assistência de enfermagem frente às principais complicações do tratamento hemodialítico em pacientes renais crônicos. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 2, n. 2, 2013.

SANTOS, Bianca Pozza dos, et al. Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 42, n. 1, 2017.

SANTOS, Felipe Kaezer dos, et al. A satisfação dos pacientes com o cuidado de enfermagem na hemodiálise. **Revista de pesquisa Cuidado é Fundamental (Online)**, v. 10, n. 2, p. 432-440, 2018.

SARAIVA, ER de A.; VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L. A experiência materna mediada pela depressão pós-parto: um estudo das representações sociais. In: Artigo apresentado na V Jornada Internacional e III Conferência Brasileira sobre as Representações Sociais. Recuperado em novembro. 2007.

SCHARDONG, Tatiana Jung. LUKRAFKA, Janice Luisa. GARCIA, Valter Duro. Assessment of Pulmonary Function and Quality of Life in Patients on Maintenance Hemodialysis. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, v. 30, n. 1, p. 40-7, 2008.

SCHUSTER, Joel Tuchinski et al. Avaliação de sintomas depressivos em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise em Tubarão–Santa Catarina–Brasil. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, v. 59, n. 1, p. 15-19, 2015.

SESSO R., LOPES A.A., THOMÉ A.S., BEVILACQUA J.L., JUNIOR J.E.R., LUGON J.R. Relatório do censo brasileiro de diálise, 2008. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. 30(4):233-8.

SESSO, Ricardo. Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiologia, 2006.

SILVA, Alessandra Silva et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, 2011.

SILVA, Alessandra Silva et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 839-844, 2011.

SILVA, Aline Rodrigues da et al. Perdas Físicas e Emocionais de Pacientes Renais Crônicos Durante o Tratamento Hemodialítico. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 1, n. 2, p. 52, 2014. APA.

Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN. Tratamentos. Diálise peritoneal. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2016. [citado em 2017 ago. 21]. Disponível em: <http://sbn.org.br/publico/tratamentos/dialise-peritoneal/>.

SOUZA, Fernanda Tabita Zeidan de; OLIVEIRA, Jena Hanay Araujo de. Sintomas depressivos e ansiosos no paciente renal crônico em tratamento conservador. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 17-31, 2017.

SOUZA, Marcelo Lopes de et al. Incidência de insuficiência renal aguda e crônica como complicações de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Conscientiae Saúde**, v. 9, n. 3, 2010. APA

SOUZA, Fernanda Tabita Zeidan de; OLIVEIRA, Jena Hanay Araujo de. Sintomas depressivos e ansiosos no paciente renal crônico em tratamento conservador. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 17-31, 2017.

STASIAK, Camila Edith Stachera et al. Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. **Jornal brasileiro de nefrologia**, v. 36, n. 3, p. 325-331, 2014.

TAKEMOTO, Angélica Y et al. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v.32, n. 2, p.256-262, jun. 2011.

TENG, CheiTung; HUMES, E. de C.; DEMETRIO, Frederico Navas. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

TEODORO, Wagner Luiz Garcia. Depressão: corpo, mente e alma. 2010.

VALLE, Lionezia dos Santos; SOUZA, Valéria Fernandes de; RIBEIRO, Alessandra Mussi. Stress and anxiety in chronic renal patients undergoing hemodialysis. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 30, n. 1, p. 131-138, 2013.

WAGNER, Edward H.; AUSTIN, Brian T.; KORFF, Michael Von. Organizing care for patients with chronic illness. **The Milbank Quarterly**, p. 511-544, 1996.

ZIMMERMANN, Paulo Roberto, CARVALHO, Juliana Oliveira de, MARI, Jair de Jesus. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul** (2004).

APÊNDICE – 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

UFU

TCLE

Eu, **Nadaby Maria de Jesus**, Gracielly Ferreira de Souza acadêmicas do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, gostaria de convidar o (a) senhor (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa com o título “**Associação entre medidas de constructos subjetivos na autogestão em saúde de pacientes com doença renal crônica**”, sob a responsabilidade e orientação da **Profª Dra Cristiane Martins Cunha**.

Nesta pesquisa queremos conhecer como está sua autoestima, sua autoeficácia, a intensidade de sinais e sintomas de ansiedade e depressão e sua qualidade de vida. Além disso, queremos avaliar como e quais fatores influenciam no autocuidado ou autogestão de sua saúde.

Caso aceite participar do nosso estudo, iremos aplicar, por entrevista, uma sequência de questionários avaliativos. Salientamos também, que poderemos consultar o seu prontuário, para levantar algumas informações, caso o (a) senhor (a) não souber nos informar. Mas antes de tudo, precisamos da sua assinatura, nesse termo de consentimento Livre e Esclarecido, para formalizar o seu consentimento. Uma cópia deste Termo de Consentimento ficará com você e outra, com o responsável pela pesquisa. Em qualquer fase da pesquisa você poderá entrar em contato com os responsáveis pelo estudo que esclarecerão quaisquer dúvidas existentes.

Somente após seu consentimento que iniciaremos a entrevista e, se for necessário, consultaremos o seu prontuário clínico para buscar informações faltantes sobre a sua saúde. Toda a entrevista terá duração em torno de 30 a 35 minutos.

Os riscos esperados pela sua participação nesta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados com a possibilidade do (a) senhor (a) sentir-se ansioso ou desconfortável com o tempo de entrevista ou por alguma pergunta de cunho pessoal, contidas nos questionários. Garantimos a sua total privacidade e manteremos sigilo sobre as informações aqui fornecidas. Além disso, o (a) senhor (a) terá total liberdade para aceitar ou não participar desta pesquisa e de deixar de participar a qualquer momento sem precisar se justificar, retirando seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem ser prejudicado (a) no seu atendimento.

Os resultados do estudo serão utilizados para fins científicos e serão divulgados em eventos, revistas e meios de comunicação, no entanto, o (a) senhor (a) terá a segurança de não ser identificado (a) em nenhum momento e de que será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à sua privacidade.

Comprometemo-nos a prestar-lhe informação atualizada durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade de continuar participando da pesquisa. Se o (a) senhor (a) se sentir prejudicado por ter participado desta pesquisa, o (a) senhor (a) poderá buscar indenização de acordo com as leis vigentes no Brasil.

Em caso de dúvidas éticas, o (a) senhor (a) pode procurar o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia** pelo telefone (34) 3239-4131, de segunda à quinta-feira das 14h30 as 17h30 ou pelo email cep@propp.ufu.br, o qual se localiza na Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica, em Uberlândia-MG. Além disso, caso tenha qualquer dúvida sobre o estudo, o (a) senhor (a) poderá também entrar em contato com a pesquisadora do estudo: Nadaby Maria de Jesus (pelo telefone: (33) 9 9127-1642 ou (34) 3229-3569) e sua orientadora, a Prof. Dra Cristiane Martins Cunha, a qual pode ser encontrada na Av. Pará, 1720 –Bloco 2U –, Bairro Umuarama, CEP: 38400-902, Uberlândia-MG.

Uberlândia, ____/____/2017.

Assinatura do Pesquisador Responsável pela Coleta de Dados

Participante da pesquisa

APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

A) Ambulatório de origem (onde foi coletado): 1- ()UFU 2- ()Clinica DaVita

B) Tempo de duração das sessões:.....

C) Frequência da Terapia Renal Substitutiva:.....

D) Tipo de Terapia Renal Substitutiva: 1- ()HD

E) Tempo em que faz a Terapia Renal Substitutiva:.....

F) Causas da DRC:.....

G) Data do diagnóstico:..... **Tempo de diagnóstico:**

H) Medicamentos que o paciente faz uso (nome e dose diária):

.....

I) Já apresentou algum tipo de complicação ou hospitalização decorrente da DRC?

1- () sim 2- () não Se sim, Quantas vezes?.....

Quais:.....

.....

J) Possui diagnóstico médico confirmado de outras doenças crônicas (comorbidades)?

1- () sim 2- () não Se sim,

Quais?.....

.....

K) Você fuma? 1- () sim 2- () não

Se sim, quanto tempo?.....

Não, mas fumei anos. Parei anos

L) Pratica Atividade Física regular?

1- () sim 2- () não

Se sim, quantas vezes por semana?.....

M) Quanto a seu hábito alimentar, assinale quantas vezes por semana você ingere:

Frutas: () 0 () 1 () 3 () 4 mais:.....

Verduras e legumes: () 0 () 1 () 3 () 4 mais:.....

Alimentos gordurosos: () 0 () 1 () 3 () 4 mais:.....

N) Tem o hábito de buscar informações sobre sua condição de saúde em livros, revistas, internet?.....

ANEXOS**ANEXO 1 - AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DISCRIMINATÓRIA E DE ORIENTAÇÃO PSÍQUICA E MENTAL DO INDIVÍDUO NO TEMPO E NO ESPAÇO**

Perguntas	Resposta	
	Correta	Errada
(a) Qual seu nome completo?		
(b) Qual sua data de nascimento?		
(c) Em que dia da semana estamos?		
(d) Qual o nome do local onde estamos nesse momento?		

Apto para participar do estudo? () sim () não

ANEXO 2- “HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE” (HADS)**HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)**

Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas **uma** resposta para cada pergunta:

A) Eu me sinto tenso ou contraído:

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

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

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

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

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

D) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

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

A) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

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

D) Eu me sinto alegre:

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

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

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

3 () Nunca

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

3 () Quase sempre

2 () Muitas vezes

1 () De vez em quando

0 () Nunca

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

0 () Nunca

1 () De vez em quando

2 () Muitas vezes

3 () Quase sempre

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

3 () Completamente

2 () Não estou mais me cuidando como deveria

1 () Talvez não tanto quanto antes

0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

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

3 () Sim, demais

2 () Bastante

1 () Um pouco

0 () Não me sinto assim

D) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Um pouco menos do que antes

2 () Bem menos do que antes

3 () Quase nunca

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

3 () A quase todo momento

2 () Várias vezes

1 () De vez em quando

0 () Não sinto isso

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

0 () Quase sempre

1 () Várias vezes

2 () Poucas vezes

3 () Quase nunca

ANEXO 03: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Associação de medidas de constructos subjetivos na autogestão em saúde de pacientes com doença renal crônica

Pesquisador: Cristiane Martins Cunha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67009117.0.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.250.029

Apresentação do Projeto:

De acordo com as pesquisadoras: "A convivência com a doença renal crônica traz repercussões nos aspectos físicos, sociais e emocionais ao seu portador, o que pode interferir no nível de adesão ao tratamento e também na autogestão em saúde desses pacientes. Todos esses impactos acrescem, de forma cíclica, a ocorrência de transtornos psicológicos, tais como sintomas de ansiedade e depressão, e em prejuízos na autoimagem e na disposição do paciente para colaborar com o tratamento. No presente estudo, teremos duas categorias de participantes, um grupo de estudo (GE) e um grupo controle (GC). Adotaremos como critérios de inclusão no grupo de estudo (GE): todos os indivíduos com diagnóstico de doença renal crônica há pelo menos 6 meses, em terapia renal substitutiva, com idade entre 18 anos a 80 anos, com preservação cognitiva e que estejam em acompanhamento clínico regular em uma das duas unidades de atendimento (serviços de diálise da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e da Clínica DaVita - clínica credenciada ao Sistema Único de Saúde). E para o grupo controle (GC) será composto por indivíduos saudáveis, sem relato de doenças crônicas diagnosticadas, que compõe a comunidade universitária (servidores ativos), com idade acima de 18 anos, que relatam serem saudáveis e não possuem nenhuma doença crônica, comprovados pelo laudo dos exames periódicos, o qual comprova que o indivíduo

