**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

JANAÍNA GUERRA GONÇALVES LA GAMBA

**Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos em
Pacientes Transplantados Renais**

**Ribeirão Preto
2011**

JANAÍNA GUERRA GONÇALVES LA GAMBA

**Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos em
pacientes transplantados renais**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem
Fundamental.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do
adulto e idoso com doenças agudas e
crônico- degenerativas.

Orientadora: Prof. Dra. Luciana Kusumota

Ribeirão Preto

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

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

Catálogo da Publicação

Serviço de Documentação Enfermagem

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

La Gamba, Janaína Guerra Gonçalves

Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos em pacientes transplantados renais / Janaina Guerra Gonçalves La Gamba; orientador Luciana Kusumota - Ribeirão Preto, 2011.

96p. : il. ; 30cm

Dissertação (Mestrado)- Universidade de São Paulo

1. Doença Renal Crônica. 2. Transplante de rim. 3. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. 4. Depressão

La Gamba, Janaína Guerra Gonçalves

Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos em pacientes transplantados renais

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Aos meus queridos pais, **Luis e Teresinha**, e avô **Antonio**(in memorian), pelo exemplo de vida, pelo ensino constante de determinação e luta, e aos meus irmãos, **Marcelo e Daniela**.*

Obrigada pelo apoio e pela compreensão.

*Ao meu amado esposo **Fabício**, pelo incentivo e força constante e paciência durante toda a realização do estudo.*

*A minha sogra **Marlene** a qual esteve sempre presente me apoiando em todos os momentos necessários.*

*Aos **pacientes transplantados renais** que foram o incentivo de iniciar esta pesquisa e foi me inspirando neles que conclui este estudo.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que meu deu forças, paciência, serenidade, persistência para seguir adiante, enfrentando todos os obstáculos com coragem para terminar minha caminhada.

*A minha querida, especial e maravilhosa orientadora **Profa. Dra. Luciana Kusumota** a qual não tenho palavras para definir, por ser uma pessoa extremamente humana, compreensiva, paciente entre tantas outras qualidades que não poderiam ser expressas em um breve momento.*

*Ao meu supervisor **Nelson** por compreender minhas ausências em meu trabalho e me incentivar a levar adiante meus estudos.*

*As minhas amigas da faculdade (famosa panela) **Ana Carolina, Danielle, Juliana, Lais, Livia Agy, Livia Pedrílio, Marcela, Maria Eugênia** e a minha amiga de infância **Jane**, que sempre incentivaram os meus estudos e torceram pelo meu sucesso.*

*A **todos** que, de alguma forma, contribuíram com a realização deste trabalho.*

“A mais bela experiência que podemos ter é a do mistério. É a emoção fundamental existente na origem da verdadeira arte e ciência. Aquele que não a conhece e não pode se maravilhar com ela está praticamente morto e seus olhos estão ofuscados.”

Albert Einstein

RESUMO

LA GAMBA, J. G.G. **Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos em pacientes transplantados renais**. 2011. 96f. (Dissertação de Mestrado) – Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2011.

Introdução: Doença Renal Crônica (DRC) consiste, principalmente, na redução da capacidade dos rins em filtrar substâncias tóxicas, acarretando alterações metabólicas e hormonais. Em fases terminais, a terapia renal substitutiva (TRS) torna-se necessária, e o transplante renal tem sido relatado como a melhor opção terapêutica e de reabilitação para pacientes com DRC. Entretanto a DRC e o transplante renal podem afetar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) desses pacientes, podendo ser influenciada por aspectos da saúde física e mental, tais como os sintomas depressivos (SDs). **Objetivos:** Caracterizar os pacientes com DRC, após transplante renal, em um município do estado de São Paulo quanto aos aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos; descrever a QVRS e os SDs; correlacionar a QVRS e os fatores sociodemográficos, econômicos e clínicos; comparar a QVRS, segundo as dimensões do SF-36, entre os pacientes sem e com SDs e correlacionar a QVRS com os SDs. **Material e Método:** Trata-se de um estudo transversal, de natureza quantitativa, que incluiu pacientes que realizaram transplante renal entre 6 e 24 meses retroativos da data de início da coleta de dados, maiores de 18 anos e faziam acompanhamento no ambulatório de Transplante Renal do HCFMRP-USP, na cidade de Ribeirão Preto-SP. Foram excluídos os pacientes que apresentavam instabilidade clínica, o que totalizou a inclusão de 60 pacientes no estudo. Os instrumentos utilizados foram: instrumento para caracterização dos participantes, o qual foi adequado ao estudo e submetido à avaliação de conteúdo, *Medical Outcomes Study* (MOS SF-36) para avaliação da QVRS e o Inventário de Depressão de Beck (IDB) para avaliar os SDs. Os dados foram obtidos por meio de entrevista individual com o paciente e de consulta ao prontuário. A coleta de dados ocorreu de abril a agosto de 2011. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. A análise dos dados constou da análise estatística descritiva; coeficiente de correlação de Pearson (r) para verificar a correlação entre os domínios do SF-36 com o escore total do IDB; análise de variância (ANOVA) para comparar os domínios do SF-36, nos grupos com ausência e com presença de SD; Teste Exato de Fisher para verificar a associação entre as variáveis qualitativas relacionadas ao escore de IDB e às diversas variáveis independentes, além disso, a quantificação da associação foi mensurada por meio de modelos de regressão logística na qual calculamos o *OddsRatio* Bruto com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Todas as análises estatísticas foram realizadas com a utilização do *software* estatístico SAS® 9.0. Valores de p menores que 0,05 foram considerados significativos. **Resultados:** Dos 60 pacientes, 51 eram adultos e 9 idosos; 41 eram homens e 19 eram mulheres. Os domínios do SF-36 que obtiveram menores escores médios foram: aspectos físicos (59,58), capacidade funcional (64,67) e vitalidade (71,42), e os que obtiveram maiores escores médios foram: aspectos sociais (79,79), dor (78,12) e aspectos emocionais (75,56). Quanto aos escores do IDB, 43 pacientes apresentaram ausência de SDs, 12 apresentaram disforia e 5 apresentaram SDs classificados entre leves e moderados. Não possuir trabalho aumentou a chance em 7,7 vezes de ter SDs que ter trabalho. Os pacientes com ausência de SDs apresentaram escores médios mais elevados nos domínios do

SF-36, refletindo melhor QVRS, quando comparados aos pacientes com algum grau de SDs, com notória diferença na comparação ($p < 0,05$). Encontramos correlações negativas entre os domínios do SF-36 e os escores do IDB, ou seja, à medida que aumentaram os escores de SDs, decresceram os escores médios nos domínios de QVRS. Tais correlações apresentaram p valor $< 0,05$, exceto para o domínio estado geral de saúde. Conclusão: A presença de SDs se relacionou negativamente com a QVRS dos pacientes transplantados renais, evidenciando a necessidade de incluir a avaliação dos sintomas depressivos e respectivos atendimentos das alterações quando identificadas, na prática clínica que engloba a atuação do enfermeiro, para otimizar a QVRS desses pacientes.

Palavras-chave: Doença renal crônica; Transplante de rim; Qualidade de vida relacionada à saúde; Depressão.

ABSTRACT

LA GAMBA, J. G.G. **Health-related quality of life and depressive symptoms in kidney transplant patients.** 2011. 96p. (Master's Thesis) – Ribeirão Preto (SP): University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing; 2011.

Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) mainly involves the decrease in the kidney's ability to filter toxic substances, causing metabolic and hormonal alterations. In terminal stages, renal replacement therapy (RRT) becomes necessary, and kidney transplantation has been reported as the best treatment and rehabilitation option for CKD patients. CKD and the kidney transplantation can affect these patients' health-related quality of life (HRQoL) though, which can be influenced by physical and mental health aspects, including depressive symptoms (DS). **Aims:** Characterize CKD patients after kidney transplantation in a city in São Paulo State regarding socio-demographic, economic and clinical aspects; describe HRQoL and DS; correlate HRQoL with the socio-demographic, economic and clinical factors; compare HRQoL, according to the SF-36 dimensions, between patients with and without DS and correlate HRQoL with the DS. **Material and Method:** This quantitative and cross-sectional study included patients who underwent a kidney transplantation between 6 and 24 months before the start of data collection, over 18 years of age and monitored at the Kidney Transplantation outpatient clinic of HCFMRP-USP in Ribeirão Preto-SP, Brazil. Clinically unstable patients were excluded, totaling 60 patients included in the study. The following instruments were used: patient characterization instrument, which was adapted to the study and submitted to content assessment, Medical Outcomes Study (MOS SF-36) for HRQoL assessment and Beck's Depression Inventory (BDI) for the assessment of DS. Data were collected through an individual interview with the patient and consultation of patient files. Data collection took place between April and August 2011. Approval for the project was obtained from the Institutional Review Board at the University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. Data analysis comprised descriptive statistical analysis; Pearson's correlation coefficient (r) to check the correlation between the SF-36 domains and the total BDI score; variance analysis (ANOVA) to compare the SF-36 domains in the groups with and without DS; Fisher's Exact Test to verify the association between the qualitative variables related to the BDI score and the different independent variables. In addition, the association was quantified through logistic regression models, in which the Gross Odds Ratio was calculated with its respective 95% confidence intervals. SAS® 9.0 statistical software was used for all statistical analyses. P-values inferior to 0.05 were considered significant. **Results:** 51 out of 60 patients were adults and 9 elderly; 41 were men and 19 women. The SF-36 domains with the lowest mean scores were: physical aspects (59.58), functional capacity (64.67) and vitality (71.42); while the domains with the highest mean scores were: social aspects (79.79), pain (78.12) and emotional aspects (75.56). As for the BDI scores, 43 patients presented absence of DS, 12 dysphoria and 5 DS classified between mild and moderate. Not having a job increased the chance of DS by 7.7 times. Patients without DS obtained higher mean scores on the SF-36 domains, reflecting a better HRQoL in comparison with patients with some degree of DS, with a statistically significant difference ($p < 0.05$). We found negative correlations between the SF-36 domains and the BDI scores, that is, to the extent that DS scores increased, the mean scores on the HRQoL domains dropped. The p-value for these correlations was < 0.05 , except for the general health status domain. **Conclusion:** The presence of DS was negatively related with the HRQoL of kidney transplant patients, evidencing

the need to include the assessment of depressive symptoms and attend to the alterations when identified in clinical practice, which includes nursing actions, in order to improve these patients' HRQoL.

Keywords: Chronic kidney disease; Kidney transplantation; Health-related quality of life; Depression.

RESUMEN

LA GAMBA, J. G.G. **Calidad de vida relacionada a la salud y síntomas depresivos en pacientes trasplantados renales.** 2011. 96 h. (Disertación de Maestría) – Ribeirão Preto (SP): Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo; 2011.

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) principalmente consiste en la reducción de la capacidad de los riñones en filtrar sustancias tóxicas, acarreando alteraciones metabólicas y hormonales. En estadios terminales, la terapia renal substitutiva (TRS) se hace necesaria, y el trasplante renal ha sido relatado como la mejor opción terapéutica y de rehabilitación para pacientes con ERC. Sin embargo, la ERC y el trasplante renal pueden afectar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de esos pacientes, que puede ser influenciada por aspectos de la salud física y mental, tales como los síntomas depresivos (SDs). **Objetivos:** Caracterizar los pacientes con ERC, tras trasplante renal, en un municipio del estado de São Paulo, Brasil, respecto a los aspectos sociodemográficos, económicos y clínicos; describir la CVRS y los SDs; correlacionar la CVRS y los factores sociodemográficos, económicos y clínicos; comparar la CVRS según las dimensiones del SF-36, entre los pacientes sin y con SDs y correlacionar la CVRS con los SDs. **Material y Método:** Este estudio transversal y cuantitativo incluyó pacientes sometidos al trasplante renal entre 6 y 24 meses retroactivos de la fecha de inicio de la recolecta de datos, mayores de 18 años y acompañados en el ambulatorio de Trasplante Renal del HCFMRP-USP, en la ciudad de Ribeirão Preto-SP. Fueron excluidos los pacientes con inestabilidad clínica, lo que totalizó la inclusión de 60 pacientes en el estudio. Los instrumentos utilizados fueron: instrumento para caracterización de los participantes, que fue adecuado al estudio y sometido a la evaluación de contenido, *Medical Outcomes Study* (MOS SF-36) para evaluación de la CVRS y el Inventario de Depresión de Beck (IDB) para evaluar los SDs. Los datos fueron recolectados mediante entrevista individual con el paciente y consulta al archivo. La recolecta de datos fue llevada a cabo entre abril y agosto del 2011. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto – Universidad de São Paulo. El análisis de los datos abarcó el análisis estadístico descriptivo; coeficiente de correlación de Pearson (r) para verificar la correlación entre los dominios del SF-36 y el score total del IDB; análisis de variancia (ANOVA) para comparar los dominios del SF-36, en los grupos con ausencia y presencia de SD; Test Exacto de Fisher para verificar la asociación entre las variables cualitativas relacionadas al score de IDB y las diversas variables independientes; además, la cuantificación de la asociación fue mensurada mediante modelos de regresión logística, en la cual calculamos el *Odds Ratio* Bruto con sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Todos los análisis estadísticos fueron efectuados con la utilización del *software* estadístico SAS® 9.0. Valores de p menores que 0,05 fueron considerados significativos. **Resultados:** De los 60 pacientes, 51 eran adultos y 9 ancianos; 41 eran hombres y 19 mujeres. Los dominios del SF-36 con los menores escores promedios fueron: aspectos físicos (59,58), capacidad funcional (64,67) y vitalidad (71,42), mientras aquellos con los mayores escores promedios fueron: aspectos sociales (79,79), dolor (78,12) y aspectos emocionales (75,56). Respecto a los escores del IDB, 43 pacientes mostraron ausencia de SDs, 12 disforia y 5 SDs clasificados entre leves y moderados. No poseer trabajo aumentó la chance de ter SDs en 7,7 veces. Los pacientes con ausencia de SDs mostraron scores promedios más altos en los

dominios del SF-36, reflejando mejor CVRS cuando comparados a los pacientes con algún grado de SDs, con diferencia notoria en la comparación ($p < 0,05$). Encontramos correlaciones negativas entre los dominios del SF-36 y los escores del IDB, o sea, cuando aumentaron los escores de SDs, disminuyeron los escores promedios en los dominios de CVRS. Tales correlaciones mostraron p valor $< 0,05$, excepto para el dominio estado general de salud. Conclusión: La presencia de SDs se relacionó negativamente con la CVRS de los pacientes trasplantados renales, evidenciando la necesidad de incluir la evaluación de los síntomas depresivos y respectiva atención a las alteraciones cuando identificadas, en la práctica clínica que abarca la actuación del enfermero, para optimizar la CVRS de esos pacientes.

Palabras-clave: Enfermedad renal crónica, Trasplante de riñón, Calidad de vida relacionada a la salud, Depresión

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição dos escores do domínio capacidade funcional do SF-36 com os escores do IDB dos 60 pacientes transplantados renais, coeficiente de correlação de Pearson (-0,30846), p valor (0,0165). Ribeirão Preto-SP, 2011	56
Figura 2	Distribuição dos escores do domínio aspectos físicos do SF-36 com os escores do IDB dos 60 pacientes transplantados renais, coeficiente de correlação de Pearson (-0,55765), p valor (<0,0001). Ribeirão Preto, 2011	57
Figura 3	Distribuição dos escores do domínio dor do SF-36 com os escores do IDB dos 60 pacientes transplantados renais, coeficiente de correlação de Pearson (-0,53526), p valor (<0,0001). Ribeirão Preto, 2011	57
Figura 4	Distribuição dos escores do domínio estado geral do SF-36 com os escores do IDB dos 60 pacientes transplantados renais, coeficiente de correlação de Pearson (-0,15417), p valor (0,2396). Ribeirão Preto, 2011	58
Figura 5	Distribuição dos escores do domínio vitalidade do SF-36 com os escores do IDB dos 60 pacientes transplantados renais, coeficiente de correlação de Pearson (-0,69869) p valor (<0,0001). Ribeirão Preto, 2011	58
Figura 6	Distribuição dos escores do domínio aspectos sociais do SF-36 com os escores do IDB dos 60 pacientes transplantados renais, coeficiente de correlação de Pearson (-0,65072), p valor (<0,0001). Ribeirão Preto, 2011	59

Figura 7	Distribuição dos escores do domínio aspectos emocionais do SF-36 com os escores do IDB dos 60 pacientes transplantados renais, coeficiente de correlação de Pearson(-0,67441), p valor (<0,0001). Ribeirão Preto, 2011	59
Figura 8	Distribuição dos escores do domínio saúde mental do SF-36 com os escores do IDB dos 60 pacientes transplantados renais, coeficiente de correlação de Pearson (-0,76242), p valor(<0,0001). Ribeirão Preto, 2011	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Descrição das características sociodemográficas dos 60 pacientes transplantados renais. Ribeirão Preto-SP, 2011	42
Tabela 2	Descrição das características socioeconômicas dos 60 pacientes transplantados renais. Ribeirão Preto, 2011	43
Tabela 3	Descrição das características clínicas dos 60 pacientes transplantados renais. Ribeirão Preto, 2011..	44
Tabela 4	Descrição dos tipos de doadores para realização do transplante dos 60 pacientes transplantados renais. Ribeirão Preto, 2011	45
Tabela 5	Descrição do número e porcentagem de doenças autorreferidas que se instalaram, após o transplante, nos 60 pacientes transplantados renais. Ribeirão Preto, 2011	46
Tabela 6	Descrição quanto ao uso de medicamentos dos 60 pacientes transplantados renais. Ribeirão Preto-SP, 2011	47
Tabela 7	Descrição da QVRS, segundo os domínios do SF-36 dos 60 pacientes transplantados renais. Ribeirão Preto-SP, 2011	48
Tabela 8	Coeficientes de Correlação de Pearson entre a QVRS (domínios de SF-36), variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas dos 60 transplantados renais. Ribeirão Preto-SP, 2011	49

Tabela 9	Descrição dos sintomas depressivos, segundo o IDB, de acordo com a classificação proposta por Kendall et al. (1987), dos 60 transplantados renais. Ribeirão Preto-SP, 2011	50
Tabela 10	Associação entre presença e ausência de sintomas depressivos e variáveis demográficas, econômicas e clínicas dos 60 transplantados renais, valores de p do Teste Exato de Fisher. Ribeirão Preto-SP, 2011.....	51
Tabela 11	Regressão logística para sintomas depressivos e variáveis demográficas, econômicas e clínicas dos 60 transplantados renais. Ribeirão Preto-SP, 2011	53
Tabela 12	Comparação entre a presença e ausência de sintomas depressivos para todos os domínios do SF-36 dos 60 transplantados renais, P valores e IC (95%). Ribeirão Preto-SP, 2011	55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1. A doença renal crônica e o transplante renal	19
1.2. Qualidade de vida relacionada à saúde	23
1.3. Sintomas depressivos	27
2 OBJETIVOS	31
3 MATERIAL E MÉTODO	33
3.1. Delineamento do estudo	34
3.2. Local do estudo	34
3.3. Participantes do estudo	35
3.4. Coleta de dados	36
3.5. Os instrumentos utilizados	36
3.6. Aspectos éticos	39
3.7. Análise dos dados	39
4 RESULTADOS	41
4.1 Caracterização sociodemográfica e econômica dos pacientes transplantados renais	42
4.2 Caracterização quanto à DRC, ao tratamento dialítico prévio e ao transplante dos pacientes transplantados renais	44
4.3 Qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes transplantados renais.....	48
4.4 Sintomas depressivos dos pacientes transplantados renais	49
4.5 Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos dos pacientes transplantados renais.....	54
5 DISCUSSÃO	61
5.1. Caracterização sociodemográfica, econômica e clínica nos pacientes transplantados renais	62
5.2. Qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes transplantados renais segundo o SF-36	65
5.3. Sintomas depressivos dos pacientes transplantados renais, segundo o IDB	66
5.4. Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos dos pacientes transplantados renais.....	68
6 CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICES	85
ANEXOS	90

*1. INTRODUÇÃO**

*Esta dissertação foi revisada seguindo a Nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.

1.1. A doença renal crônica e o transplante renal

A Doença Renal Crônica (DRC) consiste, principalmente, na redução da capacidade dos rins em filtrar substâncias tóxicas, acarretando alterações metabólicas, hidroeletrólíticas e hormonais (BRASIL, 2002; GOLDMAN; AUSIELLO, 2005). Em fases terminais, a terapia renal substitutiva (TRS) torna-se necessária (SAYN et al., 2007).

Existe uma deficiência de dados epidemiológicos de pacientes com DRC no âmbito nacional; estima-se que há mais de um milhão de pessoas com algum grau de comprometimento das funções renais, contudo é possível verificar, com mais precisão, apenas os pacientes que se encontram na fase terminal da doença, em tratamento dialítico. Em janeiro de 2009, a prevalência de pacientes em diálise era de 405 por milhão da população (pmp); em relação à incidência de pacientes, o número estimado de pacientes que iniciaram tratamento em 2009 foi de 27.612, correspondendo a uma taxa de incidência de 144 pacientes pmp (SESSO et al., 2010). Assim sendo, estima-se que, em janeiro de 2009, o número de pacientes em diálise era de 77.589, e o número estimado de pacientes inscritos em fila de espera de transplante em janeiro de 2009 era de 30.419 (SESSO et al., 2010). Nossas taxas de prevalência de DRC tratada são cerca de quatro vezes menores que as dos EUA e Japão, e metade das taxas da Itália, França e Alemanha (US RENAL DATA SYSTEM, 2002).

Segundo Sesso (2002), a menor taxa de diagnóstico de DRC e a menor disponibilidade de tratamento dialítico no Brasil podem explicar, em parte, a menor taxa de prevalência nacional comparada à internacional. Acrescida à menor sobrevida de nossos pacientes diabéticos e hipertensos que morrem antes de atingir a fase terminal da DRC, em decorrência de outras complicações.

Há poucas décadas a DRC era significado de morte, mas com os avanços terapêuticos desenvolvidos houve uma modificação na história natural dessa doença, melhorando os prognósticos, apesar das consideráveis alterações que ocorrem na vida dos pacientes. O transplante renal e os diversos tipos de diálise tornaram possível atender aos novos aspectos de vida, vivenciados pelo paciente com DRC, incluindo, além das condições clínicas, os aspectos psicológicos

(ALMEIDA; MELEIRO, 2000).

As modalidades de tratamento da DRC incluem a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. O transplante renal é um procedimento cirúrgico que consiste na transferência de um rim de uma pessoa viva saudável ou em morte encefálica para outra com falência renal para compensar ou substituir as funções perdidas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2006b; RIELLA, 2003).

Os doadores de rim podem ser pessoas vivas, cônjuges ou parentes de até quarto grau, ou falecidos com diagnóstico médico de morte encefálica (LUVISOTTO et al., 2007).

Na última década, foi possível observar um crescimento importante no número de transplantes de órgãos de forma geral, mas em especial os de rim que atingem o maior número de transplantes no Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2011).

Segundo o Registro Brasileiro de Transplantes, nos anos de 2009 e 2010 foram realizados 4.283 e 4.657 transplantes renais respectivamente, sendo de 26,0 pmp a projeção anual da taxa de rins transplantados para 2011 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2011).

Para a realização dos transplantes renais, a partir de doadores falecidos, há um processo de doação a ser cumprido até os rins serem doados de fato para atender a uma lista de espera de pacientes com DRC ao transplante renal que, em janeiro de 2009, era de 30.419 pacientes (SESSO et al., 2010).

Segundo o Registro Brasileiro de Transplantes, em 2011, manteve-se o crescimento com doador falecido (12%) e uma queda nos doadores vivos (4%) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2011).

O problema de doação de órgãos no Brasil, assim como em outros países, é a carência de órgãos para a realização do transplante renal, porém há centros de transplantes bem equipados e equipes capacitadas para reduzir esta fila. Nos últimos anos, houve um aumento da prevalência da população em geral em relação às doenças como diabetes e hipertensão arterial sistêmica e também o envelhecimento da população, e estes fatores contribuem para o aumento desta lista de espera (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2006a).

Para otimizar o processo de doação de órgãos para transplantes, foram criadas as centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos regionais e

formação de equipes de profissionais que têm desempenhado um trabalho muito importante em âmbito nacional e contribuído para o crescimento do número de transplantes (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2011).

O transplante renal tem se mostrado como a melhor opção terapêutica, de reabilitação para pacientes com DRC e é o tratamento de escolha com melhor sobrevida dos pacientes na atualidade (CASTRO, 2005;). Os transplantes realizados, a partir de doadores vivos, têm resultado em sobrevidas do paciente e do enxerto superiores, quando comparados aos doadores falecidos

O primeiro transplante renal no homem foi realizado, em 1933, na Ucrânia, porém o enxerto não funcionou. No início da década de 1950, vários transplantes renais foram realizados em Paris e Boston, mas nenhum fármaco foi utilizado para prevenir a rejeição e somente um paciente sobreviveu. No Brasil, o primeiro transplante renal com doador vivo foi realizado, em 1964, no Rio de Janeiro e com doador falecido, em 1967, em Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo (PEREIRA, 2004). Em 1963, com o uso de associação de medicações do tipo corticosteroides e Azatropina, obteve-se o primeiro esquema de imunossuppressores, até que, no início de 1980, foi introduzida a Ciclosporina revolucionando a era dos transplantes de órgãos (LASMAR; VILELA, 2004). Com a disponibilização de outras drogas, como o Tacrolimus, houve um aprimoramento no controle dessas terapias. A introdução dos imunossuppressores levou à diminuição das rejeições e ao aumento da vida média do enxerto transplantado, ampliando o tempo de vida do receptor (LUVISOTO et al., 2007).

Para a realização do transplante renal, uma preparação clínica e psicológica deve ser realizada com o paciente renal crônico, a fim de prevenir complicações após o transplante. A avaliação psicológica tem o intuito de averiguar se esta pessoa terá habilidade na adaptação do transplante como no enfrentamento dos estressores que poderão ser ocasionados, outro fator é a adaptação após o procedimento, se será capaz para enfrentar eventuais intercorrências que poderão ocorrer (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2006b).

Os pacientes com DRC devem também realizar uma série de exames clínicos, laboratoriais e de imagem, dentre eles testes de histocompatibilidade com o possível doador em relação à anatomia do órgão, tipagem sanguínea e, principalmente, a semelhança dos Antígenos Leucocitários Humanos (HLA), o que reduz as chances de rejeição do órgão transplantado (CUNHA, et al., 2007;

LUVISOTTO et al., 2007; QUINTANA; MÜLLER, 2006).

Para a realização do transplante renal, a equipe médica deve analisar o melhor local para o posicionamento do enxerto, assim a implantação do rim se dá no espaço acima e ao lado da bexiga, por ser um local mais fácil para reconstrução das estruturas necessárias (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2006b).

Se por um lado a realização do transplante tem sido considerada a melhor opção para o tratamento da DRC, por outro, a vida após transplante tem sua rotina alterada, pois o uso de medicamentos, visitas rotineiras ao médico, exames para reavaliações da função renal são constantes e por toda a vida. É uma fase nova e de adaptações, sendo que complicações podem ocorrer a partir do pós-transplante imediato ou tardiamente, sendo as principais as infecções e as possíveis rejeições (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2006b, QUINTANA; MÜLLER, 2006).

Há uma idealização equivocada dos pacientes que almejam a cura, a partir do transplante. Porém, a realidade mostra-se diferente da planejada, se por um lado recuperam certa liberdade, não dependendo mais de dietas alimentares e hídricas restritivas, por outro, passam a depender dos medicamentos imunossupressores e do acompanhamento ambulatorial contínuo, além de assumirem a responsabilidade pelo autocuidado e cuidados com o funcionamento de rim transplantado de forma contínua (QUINTANA; MÜLLER, 2006).

Dentre as possíveis complicações, as infecções compõem uma preocupação, e a mortalidade anual aproximada é de 5% (SIMON, 2001). De qualquer modo, seu impacto direto no transplante renal está interligado à morbidade e à mortalidade, e o indireto aos mecanismos de rejeição, possibilitando o desenvolvimento de rejeição aguda ou ativação oculta de infecção por citomegalovírus (VICENTE et al., 2005).

O risco de infecção por bactérias, fungos e vírus aumenta em alguns períodos após o transplante, devido aos tipos de imunossupressores e à intensidade da terapia. (VICENTE et al, 2005).

O manual de transplante renal da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos 2006 descreve três períodos, o primeiro período até as seis primeiras semanas após o transplante renal, em que infecções podem ocorrer devido ao procedimento cirúrgico, sendo as mais comuns, as infecções do trato urinário e as

infecções devido ao tempo do ato cirúrgico. O segundo período entre seis semanas e seis meses, as infecções oportunistas poderão ocorrer. O terceiro período estende-se do sexto mês em diante, em que infecções podem ocorrer como na população em geral, além das infecções oportunistas, sendo importante lembrar que as infecções no paciente transplantado podem ser mais graves.

A rejeição do enxerto renal também é uma complicação e um evento comum no pós- transplante recente e tardio, apesar dos avanços no tratamento imunossupressor e seguimento do paciente. Vários outros eventos podem colocar em risco o funcionamento do rim transplantado, dentre eles a potencial recorrência da doença renal primária, as comorbidades resultantes de infecções, medicamentos ou reações autoimunes, bem como fatores não específicos (diabetes, hipertensão ,proteinúria, agentes nefrotóxicos e/ou infecções virais). É importante destacar que o tratamento da disfunção crônica do enxerto é difícil, seja qual for a causa, particularmente em casos avançados com lesões renais, portanto, o diagnóstico precoce é de suma importância (PONTICELLI, 2004).

Assim podemos observar que complicações podem ocorrer após o transplante renal, e tanto fatores positivos quanto negativos poderão aparecer no dia a dia desses pacientes. Dessa maneira se torna relevante a avaliação da QVRS, dos fatores psicológicos, dos psicossociais paralelamente ao acompanhamento clínico desses pacientes, por serem fatores que potencialmente influenciam a vida do paciente após o transplante renal.

1.2. Qualidade de vida relacionada à saúde

A Qualidade de Vida (QV), nas últimas décadas, tem recebido muita atenção, como instrumento de avaliação de pesquisadores, administradores, políticos, economistas e profissionais da saúde. O avanço tecnológico e a maior longevidade são razões pelas quais tem havido maior preocupação com a QV das pessoas.

O conceito QV pode ser abrangido de formas diferentes, abordado na linguagem cotidiana, como também no contexto científico (SEIDL; ZANNON, 2004).

Dessa forma, a QV pode ser observada por meio do reconhecimento de si

mesmo, de como lidar com os sentimentos, com os desafios da vida, de como reagir com as perdas e com o sucesso. Assim para alcançá-la, é preciso ter comprometimento com a vida, sempre encarar a realidade por mais complicada que seja, defendendo seus objetivos e ideais, sem desistir do que acredita (SUCESSO, 2005).

Há duas tendências quanto à conceituação da QV, sendo na área de saúde identificadas como QV em um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). As dimensões da QV que são afetadas pelas doenças e tratamentos se referem à QVRS (FAYERS; MACHIN, 2000; ANDERSON; BURCKHARDT, 1999; SEIDL; ZANNON, 2004).

Na área da saúde, o conceito QVRS é relativamente recente e estão sendo inseridos devidos aos novos paradigmas que, nas últimas décadas, influenciaram políticas e práticas deste setor. A melhoria na QVRS é esperada, tanto no assistencial quanto nas políticas de promoção e prevenção da saúde (SCHUTTINGA, 1995; SEIDL; ZANNON, 2004).

Faz-se pertinente e necessária a abordagem de aspectos relevantes para a vida desses pacientes, a partir de opiniões sobre dimensões das suas vidas, tais como a saúde física, a psicológica, a socioeconômica e a familiar (SEIDL; ZANNON, 2004). Nesse contexto, a avaliação da QVRS mostra-se indispensável, pois permite mensurar e descrever as dimensões influenciadas, positiva ou negativamente, com as alterações vivenciadas pelo paciente transplantado renal (FISHER et. al., 1998).

A avaliação da QVRS tem sido uma prática cada vez mais frequente na medicina atual. Vários estudos têm apontado que, mediante esta avaliação, pode-se verificar a eficácia de tratamentos do ponto de vista do paciente (PAGANI; JUNIOR, 2006). E é realizada quando o objetivo é monitorar a saúde de uma determinada população, diagnosticar a natureza, a gravidade e o prognóstico da doença, além de avaliar os efeitos do tratamento (PAGANI; JUNIOR, 2006).

A Organização Mundial da Saúde define saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, e não só como a ausência de doenças. A avaliação da QVRS está baseada na percepção individual e no impacto de uma série de aspectos clínicos e não clínicos que podem influenciar a saúde dos pacientes, como a avaliação da saúde geral, saúde física, estado mental/emocional, função social e aspectos de doenças (ANDERSON; BURCKHARDT, 1999; FAYERS; MACHIN, 2000; SEIDL; ZANNON, 2004).

A QVRS envolve várias áreas que norteiam as pessoas no dia a dia, como citado anteriormente, assim para que seja compreendida a QVRS esses fatores podem ser interpretados de diferentes formas o que demonstrará as alterações de cada pessoa (RAVAGNANI et al., 2007).

Assim, a avaliação da QVRS pode ser realizada por meio da aplicação de vários instrumentos, tanto genéricos como específicos (MINAYO et al., 2000). Nos últimos anos, pacientes com doenças crônicas têm sido alvos de investigações, e avaliações aprofundadas têm sido realizadas, o que facilita a identificação de fatores que possam influenciar na vida destas pessoas, e determinar mudanças com o objetivo de ter bem-estar e condições necessárias para sua reabilitação (FRANKE et al., 2003; VALDERRABANO et al., 2001).

Os instrumentos de avaliação genéricos foram os primeiros a serem desenvolvidos e se propõem a quantificar numericamente os distúrbios da saúde percebidos pelo próprio paciente. Eles podem ser aplicados para pessoas com vários tipos de doenças, tratamentos ou intervenções médicas e entre culturas e lugares diferentes. Entre os mais conhecidos estão *Quality of Well Being Scale* (Kaplan et al., 1984), o *Sickness Impact Profile* (Gilson et al., 1975), e o SF-36 (WARE et al., 1992). Os questionários de medidas de saúde geral se propõem a abranger todo o espectro da doença. Por outro lado, reduzem o número de itens referentes às condições clínicas específicas (VALDERRABANO et al., 2001; GARRAT et al., 2002; PAGANI; JUNIOR, 2006).

Já os instrumentos específicos para alguma doença foram desenvolvidos para avaliar as especificidades de determinada doença e quantificar ganhos de saúde após o tratamento. A grande vantagem de utilizar esse tipo de instrumento é detectar pequenas mudanças no curso da doença além de serem de fácil interpretação e aplicação (PAGANI; JUNIOR, 2006).

Instrumentos genéricos têm sido mais utilizados para quantificar a QVRS de pacientes renais crônicos transplantados, segundo os domínios físico, psicológico e social. O instrumento genérico aplicado com maior frequência, em estudos realizados, com pacientes renais crônicos, tem sido o *Medical Outcomes Study* (MOS) *Short Form 36-Item Health Survey* (SF-36) (WINSET; HATHAWAY, 1999; OSTROWISKI et al. 2000; SEIDL; ZANNON, 2004; BITTENCOURT et al., 2004; RAVAGNANI et al., 2007; SAYIN et al., 2007, BUTT et al., 2008).

O SF-36 é um instrumento genérico que avalia a QVRS e foi desenvolvido

pela *RAND Corporation*. CA, USA para uso no *Medical Outcomes Study* (MOS SF-36). É composto por 36 itens, englobados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás. Os itens são agrupados em seus domínios e normatizados em uma escala de zero a cem, na qual zero corresponde ao pior e cem à melhor QVRS. Tem sido considerado como um dos instrumentos mais usados devido a sua validade e reprodutibilidade. No Brasil passou por processo de tradução, validação e adaptação cultural com pacientes com artrite reumatoide (CICONELLI, 1997).

Os pacientes transplantados renais têm apresentado escores superiores, ou seja, melhor QVRS quando comparados aos pacientes em tratamento dialítico, até mesmo semelhantes QVRS de indivíduos saudáveis, demonstrando que o transplante proporciona melhores condições para a reabilitação física, mental e social (REBOLLO et al., 2000; PEREIRA et al., 2003; BITTENCOURT et al., 2004).

De acordo com estudos prévios, alguns fatores podem afetar a QV e a QVRS de pacientes com DRC, fatores estes relacionados às alterações funcionais e emocionais, às complicações físicas e a outros comprometimentos (KUSUMOTA et al., 2004; SAYIN et al., 2007; KUSUMOTA et al., 2008).

A DRC, bem como seu tratamento, pode influenciar a QV dos pacientes, em virtude de alterações inerentes ou não à própria condição, tais como a idade, presença da anemia, de comorbidades, de sintomas depressivos, dentre outros (VALDERRABANO et al., 2001).

Estudos sobre QVRS em pacientes com DRC têm sido desenvolvidos com certa constância, porém a maioria dos estudos tem avaliado pacientes em diálise (hemodiálise e diálise peritoneal) e pouco abrange pacientes transplantados renais, seus desafios, preocupações, o que está por vir após a cirurgia e o reconhecimento de complicações, tais como infecções e rejeições (OSTROWISKI et al., 2000, RAVAGNANI et al., 2007).

No transplante renal bem-sucedido, com o enxerto funcionante, o paciente continua a conviver com a DRC, necessitando de consultas hospitalares com regularidade que podem gerar estresse, especialmente nos primeiros seis meses, quando os retornos são mais frequentes (VICENTE et al., 2005). Com o

espaçamento de tempo entre estas consultas e a adaptação ao novo estilo de vida, podem ocorrer novas preocupações, como a necessidade de retomar a vida profissional, o convívio com a família e outras responsabilidades, contudo são situações diferentes das vivenciadas em tratamento dialítico (LOBO; BELO, 2007).

Alguns estudos identificam três fatores que podem predizer melhora da QVRS de pacientes submetidos ao transplante renal, a redução de estressores, como interrupção do tratamento dialítico e interferência deste na vida diária, a facilitação da vida profissional (possibilidade mais ampla de empregos) e a melhora do apoio social (REBOLLO et al., 2000; RAVAGNANI et al., 2007).

Para este estudo, o instrumento de avaliação de QVRS, o SF-36 mostrou-se pertinente para responder às inquietações sobre domínios da vida dos pacientes que podem ser afetados após o transplante renal, e também pelo instrumento possuir boas propriedades, avaliando aspectos negativos da saúde (doença) e aspectos positivos (bem-estar) (WARE et al., 1994; SAYIN et al., 2007).

Em se tratando do domínio de saúde mental, embora haja uma melhora em relação aos pacientes em diálise, após o transplante, cerca de 70% dos pacientes apresentam algum problema relacionado à depressão, ansiedade e/ou afeto positivo, refletindo potencial alteração dos aspectos psicológicos (RAVAGNANI et al., 2007). Considerando que a saúde mental alterada pode influenciar outros aspectos da vida do transplantado renal, se faz também pertinente avaliar tal domínio.

1.3. Sintomas depressivos

A depressão é um diagnóstico médico complexo que pode ser observado quando há perdas freqüentes para o paciente com DRC, dentre elas podemos citar a perda da função renal, de tempo, do papel familiar, financeiras, do bem-estar, dentre outras. Não se esquecendo de que pode haver predisposições genéticas para a depressão e da própria personalidade desses pacientes (KIMMEL, 2000; ZIMMERMANN et al., 2004).

Mesmo sendo comum na prática profissional o uso do termo "depressão", é importante destacar que depressão é um diagnóstico definido conforme a

Classificação Internacional de Doenças – CID, enquanto "sintomas depressivos" são os elementos que, em conjunto e por determinado período de tempo, colaboram na caracterização do diagnóstico de depressão (CID 10, 2000; SADOCK; SADOCK, 2007).

Os profissionais utilizam o termo depressão para vários níveis de referência, como sintomas, síndromes e classificação médica de distúrbios mentais (BECK, 1961). Depressão pode ser um sintoma, por exemplo, triste de existência. Já na síndrome, depressão é uma associação de sinais e sintomas (tristeza, pessimismo, distúrbios de sono e apetite), a síndrome de depressão é uma disfunção psicológica, mas pode ser primeiramente momentânea, e depois, ser diagnosticado outro distúrbio. E finalmente para a depressão ser um diagnóstico médico cauteloso, métodos diagnósticos são requeridos, durante um período, para que outros diagnósticos sejam excluídos (KENDALL et al., 1987).

Portanto, não nos cabe nesta investigação determinar o diagnóstico médico de depressão, mas avaliar a presença de sintomas depressivos que por si só em seu conjunto, podem interferir na QVRS dos pacientes transplantados renais.

Estudos publicados sobre os problemas psicossociais relacionados ao transplante renal, mesmo que em amostragens pequenas e metodologias diversas, denotam certo consenso nos resultados que apontam a persistência de sintomas depressivos, baixa autoestima, medo de rejeição e os efeitos colaterais da terapêutica imunossupressora (PINTO; RIBEIRO, 2000).

Dessa forma, a QVRS dos pacientes renais crônicos também pode ser influenciada pelos níveis de ansiedade, sintomas depressivos e suporte social que são provenientes da adequação da diálise, da gravidade da DRC e das potenciais comorbidades (BUTT et al., 2008; KIMMEL, 2000).

No dia a dia as pessoas se deparam com situações estressantes, e cada pessoa enfrenta de maneira diferente estas situações, de forma positiva e/ou negativa. Essas diferenças de personalidades para o enfrentamento podem ser preditoras da QVRS, antes e após procedimentos médicos. Além de poderem fornecer informações para a estruturação de planejamentos preventivos para a depressão (RAVAGNANI et al., 2007; MIYAZAKI et al., 2005; STRAUB, 2002; TAYLOR, 2003).

E ainda a literatura indica que, em um processo de avaliação psicológica de pacientes candidatos a um transplante, os fatores psicológicos negativos

detectados são sentimentos de medo e ansiedade, dificuldades de adesão, abuso de substâncias, indicadores de transtornos psiquiátricos, ausência de motivação para o transplante e apoio familiar baixo ou ausente. Tais fatores podem influenciar negativamente no período pós-transplante, e assim serem relacionados ao sofrimento emocional e a transtornos mentais que interferem no pós-transplante e requerem intervenção multidisciplinar (NEWMAN et al., 2004; OLBRISCH et al., 2002; WAINRIGHT et al., 1999).

Dessa forma, a avaliação dos aspectos psicológicos tem sido fundamental para a realização de transplante (PEREIRA et al., 2007). Assim como a avaliação psicológica do transplantado renal tem sido fundamental para investigar os sintomas depressivos (BUTT et al., 2008; KIMMEL, 2000).

Em relação às TRS, o transplante renal está associado a uma diminuição na prevalência de transtornos mentais, porém esta diminuição pode demorar alguns meses para se efetivar após o transplante, podendo haver um aumento da incidência dos mesmos no período inicial do pós-transplante, o que demonstra uma dificuldade inicial no processo de adaptação à nova situação (ALMEIDA, 2003).

Há uma insegurança dos transplantados renais em relação ao tempo de vida do rim enxertado; o receio para seguimento das orientações no domicílio após a alta hospitalar longe da equipe de saúde; as preocupações em retornar a seus papéis na família, no trabalho e na sociedade são situações relacionadas à instalação de sintomas depressivos em transplantados renais (QUINTANA; MÜLLER, 2006; RAVAGNANI et al., 2007).

O tempo de transplante, menor que um ano, relacionado às recentes mudanças no estilo de vida, bem como os efeitos adversos de sintomatologia depressiva, causados pelo complexo regime de medicações imunossupressoras no início do tratamento também são importantes fatores geradores de sintomas depressivos (BARROS, 2009).

Embora não se saiba ao certo os fatores que influenciam na determinação dos sintomas depressivos, a literatura se refere à rejeição do enxerto, como um aspecto merecedor de atenção especial. Obrigatoriamente a rejeição resulta no retorno à diálise por fracasso do transplante, e estes casos estão relacionados ao aumento da incidência de quadros depressivos (ALMEIDA, 2003; AKMAN et al., 2004; QUINTANA; MÜLLER, 2006; TARSITANO et al., 2005).

Para avaliação de sintomas depressivos, um instrumento utilizado com

muita frequência, em estudos realizados com pacientes renais crônicos, tem sido o Inventário de Depressão de Beck (IDB) ("BECK DEPRESSION INVENTORY") (BECK et al., 1961; GORESTEIN; ANDRADE, 1998; BUTT et al., 2008).

Reforça-se, que o IDB é uma medida sensível para avaliar síndromes depressivas, mas não tem a intenção de ser um artifício único de triagem de diagnóstico médico (KENDALL et al., 1987).

Diante do exposto, este projeto de pesquisa tem a intenção de avaliar a QVRS e os sintomas depressivos em pacientes transplantados renais, diante do significativo progresso técnico e científico dos transplantes de órgãos em seres humanos, em especial o de rim, que resulta num crescente número de transplantes e, conseqüentemente, em problemas de natureza psicológica, tornando cada vez mais importante a abordagem desses aspectos e a influência dos sintomas depressivos na vida dos que receberam o novo órgão. A mensuração QVRS de pacientes transplantados renais pode ser utilizada como um indicador real dessa avaliação e evidenciar a sua efetividade. Dessa forma, também será possível identificar os domínios da QVRS mais bem avaliados, assim como os com deficiências e carências de investimentos da área da saúde, incluindo a Enfermagem.

2. OBJETIVOS

- Caracterizar os pacientes com DRC, após transplante renal, quanto aos aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos;
- Descrever a QVRS e os sintomas depressivos desses pacientes;
- Correlacionar a QVRS e os fatores sociodemográficos, econômicos e clínicos;
- Comparar a QVRS, segundo as dimensões do SF-36, entre os pacientes sem e com sintomas depressivos;
- Correlacionar a QVRS com os sintomas depressivos.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, de natureza quantitativa, que busca caracterizar os pacientes transplantados renais, no ambulatório de Transplante Renal do HCFMRP-USP, avaliar a QVRS e os sintomas depressivos, identificando os possíveis fatores que influenciam tais condições.

Os estudos transversais possibilitam investigar situações de saúde de uma população, com base em avaliações individuais dos membros de um grupo, produzindo indicadores globais para o grupo investigado, sendo útil para a realização de diagnósticos comunitários da situação de saúde local (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

O estudo transversal, também chamado seccional, explora as características, as atitudes, os comportamentos e as intenções de grupos de sujeitos, por meio de respostas às perguntas, em entrevistas ou questionários autoadministrados (POLIT; HUNGLER, 1995).

A pretensão dos estudos transversais é demonstrar um corte no fluxo histórico da doença, evidenciando suas características e correlações num determinado momento, no qual pode se avaliar a associação entre variáveis (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

3.2. Local do estudo

O presente estudo foi realizado no ambulatório de transplante renal, localizado no 2º andar, balcão 7 do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), na cidade de Ribeirão Preto-SP, Brasil, sendo que neste ambulatório os atendimentos são feitos por uma equipe de profissionais composta de médicos residentes, assistente e docente, enfermeiro e assistente social. São atendidos pacientes transplantados em condições clínicas estáveis que frequentam os retornos regulares às consultas e pacientes com alterações no estado de saúde que precisam de avaliações e intervenções eventuais. É importante salientar que, diante de qualquer alteração no

estado de saúde, os pacientes transplantados são orientados a buscar atendimento imediato no serviço.

3.3. Participantes do estudo

Foi realizado um levantamento na Unidade de Transplante Renal (UTR) do HCFMRP-USP referente aos pacientes que realizaram transplante renal no período de setembro de 2008 a setembro de 2010, sendo um total de 115 pacientes, porém 14 evoluíram a óbito, 11 foram submetidos à nefrectomia do rim transplantado, resultando em 90 transplantados aptos para serem inseridos na pesquisa. Posteriormente, foi realizado um levantamento junto ao ambulatório de Transplante Renal do HCFMRP-USP por meio do serviço de agendamento o qual disponibilizou uma lista de pacientes agendados para os retornos neste ambulatório. A lista dos pacientes continha o nome e a data do retorno de cada um, de forma a facilitar a busca desses pacientes no dia do retorno.

Foram utilizados os seguintes critérios para a seleção dos pacientes:

Critérios de inclusão

- Ter 18 anos ou mais de idade;
- Ter realizado transplante renal entre 6 e 24 meses retroativos (setembro de 2008 a setembro de 2010);
- Ter recebido transplante de doador vivo ou falecido;
- Estar realizando acompanhamento no Ambulatório de Transplante Renal do HCFMRP-USP;
- Ter percepção adequada de orientação no tempo, espaço e pessoa.

Critério de exclusão

- Apresentar instabilidade clínica (pacientes com dor aguda ou hospitalizados).

Dentre os 90 pacientes aptos a serem incluídos, 60 participaram desta pesquisa havendo 30 perdas. Dentre os motivos que levaram a essas perdas estão: a instabilidade clínica (hospitalização), a falta nos retornos e o agendamento dos retornos antes ou após o período da coleta de dados.

3.4. Coleta de dados

Realizamos uma busca ativa de pacientes pós-transplante renal na Unidade de Transplante Renal (UTR) do HCFMRP-USP para averiguar quais pacientes haviam realizado transplante, no período de setembro de 2008 a setembro de 2010. Após esse levantamento foi realizada busca ativa no serviço de agendamento para verificar quais destes pacientes selecionados na UTR possuíam retorno agendado no Ambulatório de Transplante Renal, 2º andar, balcão 7 do HCFMRP-USP, durante o período de atendimento (8:00-12:00 e 14:00-17:00) semanalmente.

Com a listagem dos pacientes, verificamos quais pacientes que se enquadravam nos critérios de seleção do estudo para sua inserção na pesquisa e assim eram convidados a participar da mesma. A entrevista era iniciada após aceitarem o convite, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo entregue uma ao paciente e a outra guardada pela pesquisadora.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista individual, realizada pela pesquisadora com o paciente e de consulta ao prontuário, no próprio ambulatório no dia do retorno médico.

A coleta de dados teve início em abril de 2011 e foi finalizada em agosto de 2011, tendo sido iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e autorização da unidade coparticipante - Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em abril de 2011.

3.5. Os instrumentos utilizados

Assim, para alcançar os objetivos deste estudo, os instrumentos escolhidos e descritos abaixo foram considerados adequados e coerentes para o desenvolvimento da pesquisa.

Instrumento para caracterização

Foi utilizado um instrumento proposto por Kusumota et al. (2008), adaptado para atender às necessidades deste estudo (Apêndice A). Tal instrumento foi submetido à validação aparente, por meio da avaliação de três juízes, especialistas na área, e após foram realizadas as alterações necessárias (STREINER; NORMAN, 1995). O mesmo continha dados de identificação, dados socioeconômicos, demográficos e dados relacionados à DRC e ao transplante (Apêndice I).

Instrumento para avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey - SF-36

Este instrumento foi criado com a finalidade de ser um questionário genérico de saúde, de fácil administração e compreensão (Anexo I). Por ser um instrumento genérico, seus conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento, portanto permite comparações entre diferentes patologias ou entre diferentes tratamentos (WARE et al., 1992; CICONELLI, 1997).

Então, o SF-36 é um questionário de avaliação de QVRS, formado por 36 itens, englobados em oito escalas, componentes ou domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás. Avalia tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade), como aspectos positivos (bem-estar) (WARE et al., 1994; SAYIN et al., 2007).

Apresenta escore final variando de 0 a 100, nos quais zero corresponde à pior QVRS e 100 à melhor QVRS. Os domínios são analisados separadamente, não existindo um valor único resultante da avaliação global da QVRS, mas sim médias de valores para os domínios, o que identifica os verdadeiros problemas relacionados à saúde dos pacientes (WARE et al., 1992).

O SF-36 tem sido considerado como um dos instrumentos mais usados devido à sua validade e reprodutividade. No Brasil, passou por processo de

tradução, validação e adaptação cultural com pacientes com artrite reumatoide por Ciconelli (1997).

Instrumento para avaliação dos sintomas depressivos

Inventário de Depressão de Beck –IDB

O IDB ("BECK DEPRESSION INVENTORY") (BECK et al., 1961) é uma medida de autoavaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica, tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países. Será utilizado em sua versão traduzida para o português (GORESTEIN; ANDRADE, 1998) (Anexo II).

O instrumento consiste de 21 grupos de afirmações, sendo que cada um deles é composto por quatro alternativas incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de zero a três. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda do apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido (GORESTEIN; ANDRADE, 1998; SAYIN et al., 2007; BULL et al., 2008).

Para evitar falsos positivos no estudo, optamos por solicitar ao entrevistado ao responder ao IDB, para pensar no seu último mês, relacionando sua vida ao transplante.

Em nosso estudo optamos por usar o valor obtido pela soma dos valores das respostas, sendo agrupadas e seguindo a classificação: entre zero e nove ausência de Sintomas Depressivos (SD), entre 10 e 16 disforia, entre 17 e 20 SD leves, entre 21 e 30 SD moderados e maior que 30 SD grave (KENDALL et al., 1987). O intervalo possível varia de zero a 63, quanto maior o escore, maior o grau de sintomas depressivos. Quando o sujeito escolhia mais de uma opção, foi considerada a afirmação com maior valor, conforme orientação do autor da versão original.

3.6. Aspectos éticos

Foi solicitada à chefia do local de estudo a autorização para a coleta de dados. A seguir, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para ser analisado. O projeto foi protocolado sob número 1271/2011, apreciado e aprovado em 07/04/2011 (Anexo III). Só após foi iniciada a coleta de dados no local referido. Na abordagem do paciente, apresentamos os objetivos da pesquisa por escrito e verbalmente. Com a sua concordância, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue para assinatura do paciente (Apêndice II). Foi assegurada a privacidade durante a entrevista, a sua não identificação e o direito de desistir da participação da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo do seu atendimento na instituição hospitalar. Tais procedimentos visam a atender aos dispositivos da legislação vigente que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL MS, 1996).

3.7. Análise dos dados

Para a realização da análise, foi elaborada uma planilha de dados no programa EXCEL for Windowse foi realizada a dupla digitação para a validação e conferência dos mesmos, com o intuito de obter dados livres de erros de digitação.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, em que foi possível a caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas, e descritos os dados por meio de tabelas de frequência e de medidas descritivas.

Para fazer a correlação entre os domínios do SF-36 com o escore total do IBD, calculamos o coeficiente de correlação de Pearson (r). Os valores que o r assumiu foram positivos ou negativos, sendo interpretados conforme classificação como: zero sem associação; 0,2 fraca correlação; 0,5 moderada correlação; 0,8 forte correlação, 1 perfeita correlação (PAGANO; GAUVREAU, 2004)

Para comparar os domínios do SF-36, nos grupos com ausência e com presença de SD, utilizamos a análise de variância (ANOVA). Esse modelo tem como

pressuposto que seus resíduos tenham distribuição normal com média 0 e variância constante. Quando esse pressuposto não foi atendido, foi aplicada uma transformação na variável resposta (MONTGOMERY, 2000). Esse procedimento foi realizado por meio do *software* SAS® 9, utilizando a *PROC GLM*.

Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas relacionadas ao escore de IDB e às diversas variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas, os dados foram submetidos ao Teste Exato de Fisher (FISHER, 1935). Além disso, a quantificação dessa associação foi mensurada por meio de modelos de regressão logística (HOSMER; LEMESHOW, 1989) onde se calculou o *OddsRatio* Bruto com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Todas as análises estatísticas foram realizadas com a utilização do *software* estatístico SAS® 9.0. Valores de *p* menores que 0,05 foram considerados significativos.

4. RESULTADOS

Neste tópico serão apresentados os resultados obtidos, sobre a caracterização sociodemográfica, econômica e clínica de pacientes com DRC, após o transplante renal.

4.1 Caracterizaçõesociodemográfica e econômica dos pacientes transplantados renais

As características sociodemográficas dos pacientes transplantados renais, como faixa etária, sexo, escolaridade, estado conjugal e familiar estão apresentados a seguir:

Tabela 1 - Descrição das características sociodemográficas dos 60 pacientes transplantados renais. Ribeirão Preto-SP, 2011

Variáveis		n	%
Faixa Etária	20 a 39 anos	15	25,00
	40 a 59 anos	36	60,00
	>= 60 anos	9	15,00
Sexo	Masculino	41	68,33
	Feminino	19	31,67
Escolaridade (anos de estudo)	0	2	3,33
	01-09	43	71,67
	10-12	7	11,67
	>12	8	13,33
Estado conjugal	Nunca casou	11	18,33
	Mora com companheiro	40	66,67
	Separado/divorciado	8	13,33
	Viúvo	1	1,67
Com quem vive	Sozinho	11	18,33
	Esposo(a)	13	21,67
	Família	35	58,33
	Outro	1	1,67
Total		60	100

Dos 60 pacientes que participaram da pesquisa, observamos que a maioria 36(60%) tinha entre 40-59 anos, e 41 (68,33%) eram do sexo masculino. A maioria morava com companheiros 40 (66,67%), 35 (58,33%) tinham família e somente 11(18,33) moravam sozinhos.

Quanto ao número de filhos, 42 (70%) pacientes tinham de 1 a 5 filhos vivos.

A seguir, segue a situação socioeconômica dos 60 pacientes transplantados renais:

Tabela 2 - Descrição das características socioeconômicas dos 60 pacientes transplantados renais. Ribeirão Preto, 2011

Variáveis		N	%	Média	DP
Renda*				1029,42	94,63
Aposentadoria	Não tem	31	51,67		
	Tem	29	48,34		
Pensão	Não tem	54	90,00		
	Tem	6	10,00		
Aluguel	Não tem	57	95,00		
	Tem	3	5,00		
Trabalho próprio	Não tem	45	75,00		
	Tem	15	25,00		
Outra renda	Não tem	51	85,00		
	Tem	9	15,00		

* (em reais, cujo salário mínimo na ocasião era de R\$545,00)

Referente à renda dos pacientes transplantados renais, observamos que a média salarial foi de R\$1.029,42 e quanto ao tipo de renda notamos que 29 (48,34%) recebiam aposentadoria, 6(10%), pensão, 3(5%), aluguel de imóveis, 15 (25%) tinham trabalho próprio e 9(15%) tinham outras rendas. Assim observamos que 45(75%) dos pacientes não possuíam trabalho próprio na ocasião da entrevista, ou seja, não retornaram à atividade profissional após o transplante.

4.2 Caracterização quanto à DRC, ao tratamento dialítico prévio e ao transplante dos pacientes transplantados renais

De acordo com os resultados, observamos que as principais causas etiológicas da DRC dos pacientes foram: hipertensão arterial sistêmica para 18(30,00%), indeterminada para 13(21.67%), diabetes *mellitus* para 6(10,00%), nefrite para 6(10,00%), lesão renal aguda para 2(3.33%), pielonefrite para 2(3,33%), rim policístico para 2(3,33%) e outras causas para 11(18,34%). As outras causas consideradas foram: infecções graves, eclâmpsia, complicações do Acidente Vascular Cerebral (AVC), doença cardiovascular e uso de medicamentos.

A Tabela 3 apresenta características clínicas dos pacientes transplantados renais.

Tabela 3 - Descrição das características clínicas dos 60 pacientes transplantados renais. Ribeirão Preto, 2011

Variáveis	Média	Mínimo	Máximo	DP
Tempo de DP (anos)	0,01	0,00	0,50	0,06
Tempo de HD (anos)	4,08	1,00	13,58	3,28
Tempo de TX (anos)	1,96	0,44	2,80	0,62

Em relação ao tempo de tratamento por diálise, observamos que a média de diálise peritoneal é de 0,01 ano, de hemodiálise é 4,08 anos e a de transplante renal é 1,96 ano, sendo que nem todos os pacientes realizaram as duas modalidades de diálise, no período prévio ao transplante.

A seguir, está a apresentação dos resultados em relação aos tipos de doadores para o transplante dos 60 pacientes transplantados renais.

Tabela 4 - Descrição dos tipos de doadores para realização do transplante dos 60 pacientes transplantados renais. Ribeirão Preto, 2011

Tipo de transplante	N	%
Doador Vivo Relacionado	6	10,00
Doador Falecido	54	90,00
Total	60	100,00

Observamos que a maioria dos transplantes realizados teve origem de doadores falecidos 54(90%).

Os resultados referentes às comorbidades autorreferidas que os pacientes possuíam, antes mesmo do transplante, foram: doença cerebrovascular para um (1,67%), déficit visual para um (1,67%), hipertensão arterial sistêmica para 28(46,67%), diabetes para 10(16,67%) e outras doenças para cinco (8,33%) pacientes. Quanto às outras doenças que os pacientes apresentavam e que foram citadas no estudo, encontramos a paralisia facial, a ansiedade e a depressão, o sopro cardíaco e paratireoidismo.

Observamos que poucos pacientes, três (5%), realizaram acompanhamento psicológico após o transplante, já 30(50%) receberam orientações relacionadas ao transplante antes de realizá-lo e 56(93,33%) receberam orientações da mesma natureza após realizar o transplante. Dessas orientações, foram citados os profissionais e outras pessoas que as realizaram, sendo que mais de um profissional da equipe de saúde foi citado, 47(78,33%) receberam informações de médicos, 27(45%), de enfermeiros, 12(20%), de psicólogos, 1(1,67%) recebeu da equipe multidisciplinar, um(1,67%), do assistente social e um (1,67%), de outros pacientes transplantados.

Referente ao aparecimento de doenças após o transplante renal, encontramos que 13(21,67%) pacientes apresentaram Infecções do Trato Urinário (ITU), dois (3,33%), DM, dois (3,33%), catarata, um (1,67%) apresentou osteoporose, um (1,67%), pneumonia, um (1,67%), citomegalovírus, um (1,67%), endocardite, um (1,67%), gota e quatro (6,67%) apresentaram outras doenças. Assim observamos que 26(43,33%) pacientes apresentaram doenças após o transplante renal.

A seguir, está o número de doenças autorreferidas que os pacientes transplantados renais apresentaram após o transplante renal.

Tabela 5 - Descrição do número e porcentagem de doenças autorreferidas que se instalaram após o transplante dos 60 pacientes transplantados renais. Ribeirão Preto, 2011

Número de Doenças	N	%
0	25	41,67
1-2	34	56,67
3 ou +	1	1,67
Total	60	100,00

Observamos que 34(56,67%) dos pacientes após o transplante renal apresentaram entre uma e duas doenças.

Em relação ao uso de Eritropoetina, observamos que três(5%) dos pacientes continuaram usando-a após o transplante, e a média de tempo foi de 8,47 anos.

A seguir, apresentaremos os tipos e/ou classes de medicamentos que os 60 pacientes transplantados renais referiram utilizar na ocasião da entrevista.

Tabela 6 - Descrição quanto ao uso de medicamentos dos 60 pacientes transplantados renais. Ribeirão Preto-SP, 2011

Variáveis	n	%
Uso de medicamentos	60	100,00
Tipo/Classe de medicamentos		
FK-506 ou Fujimycin (Tacrolimus)	41	68,33
Rapamicina/Rapamune (Sirolimus)	16	26,67
Ácido Micofenólico (Micofenolato)	57	95,00
Prednisona	52	86,67
Anti-hipertensivo	35	58,33
Antidiabético	7	11,67
Vitaminas	31	51,67
Antiulceroso	38	63,33
Outras medicações	14	23,33

Na tabela, observamos que todos os pacientes que participaram do estudo faziam uso de medicamentos, conforme relataram, sendo que os mais utilizados foram Micofenolato por 57(95%) pacientes, Prednisona por 52(86,67%) e Tacrolimus por 41(68,33%).

Observamos que dois(3,33%) pacientes referiram reações com o uso dos medicamentos, tais como dores nos membros superiores e taquicardia.

Em relação à rejeição, três(5%) pacientes referiram rejeição do rim enxertado em tratamento. Quanto à média da quantidade de diurese dos pacientes, após transplante renal, foi de 3,2 litros.

Outra questão que se fez importante em nosso estudo foi sobre a rotina de vida dos pacientes, após o transplante renal, a qual 54(90%) pacientes relataram que suas rotinas de vida mudaram. Entre as mudanças citadas, 34(56,67%) pacientes relataram que a rotina de vida melhorou, nove(15%) ficaram mais cuidadosos, dois(3,33%) continuaram a mesma rotina, dois(3,33%) mencionaram aspectos psicológicos prejudicados, um(1,67%) teve perdas e 12(20%) não souberam informar. E notamos, também, que 23(38,33%) dos pacientes retornaram à atividade profissional.

4.3 Qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes transplantados renais

A seguir, apresentaremos os resultados referentes à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) dos pacientes transplantados renais.

Tabela 7 - Descrição da QVRS, segundo os domínios do SF-36 dos 60 pacientes transplantados renais. Ribeirão Preto-SP, 2011

Domínios do SF36	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Capacidade funcional	64,67	22,30	10,00	70,00	100,00
Aspectos físicos	59,58	43,93	0,00	75,00	100,00
Dor	78,12	21,60	30,00	84,00	100,00
Estado geral de saúde	71,83	11,64	35,00	75,00	90,00
Vitalidade	71,42	16,24	25,00	70,00	100,00
Aspectos sociais	79,79	20,60	12,50	81,25	100,00
Aspectos emocionais	75,56	39,71	0,00	100,00	100,00
Saúde mental	74,27	20,23	16,00	80,00	100,00

Observamos que os escores médios de QVRS dos pacientes transplantados renais foram superiores a 50 em todos os domínios do SF-36, contudo notamos que os menores escores médios ficaram para os aspectos físicos (59,58%), refletindo QVRS mais prejudicada neste domínio em comparação aos outros.

Tabela 8 - Coeficientes de Correlação de Pearson entre a QVRS (domínios de SF-36), variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas dos 60 transplantados renais. Ribeirão Preto-SP, 2011

Domínios do SF-36		Idade	Anos de estudo	Tempo de benefício	Valor do benefício	Tempo HD	Tempo TX
Capacidade Funcional	Coef. Cor	-0,4719	0,3317	-0,0438	-0,0146	0,0417	-0,0192
	p-valor	0,0001*	0,0096*	0,7750	0,9215	0,7516	0,8838
	n	60	60	45	48	60	60
Aspectos físicos	Coef. Cor	0,1447	0,0014	-0,0235	0,0723	-0,0171	0,0384
	p-valor	0,2697	0,9913	0,8779	0,6253	0,8963	0,7706
	n	60	60	45	48	60	60
Dor	Coef. Cor	-0,1009	0,2793	-0,2411	0,2539	-0,2782	0,2750
	p-valor	0,4429	0,0307*	0,1106	0,0816	0,0313*	0,0334*
	n	60	60	45	48	60	60
Estado geral de saúde	Coef. Cor	-0,0041	0,0835	0,1273	0,1084	0,0283	0,1660
	p-valor	0,9750	0,5254	0,4045	0,4633	0,8297	0,2049
	n	60	60	45	48	60	60
Vitalidade	Coef. Cor	0,0040	0,2416	0,0771	0,1946	0,0037	0,0927
	p-valor	0,9757	0,0629	0,6145	0,1850	0,9774	0,4808
	n	60	60	45	48	60	60
Aspectos sociais	Coef. Cor	-0,0188	0,1636	0,0731	0,2083	-0,0515	0,1479
	p-valor	0,8861	0,2114	0,6329	0,1553	0,6957	0,2593
	n	60	60	45	48	60	60
Aspectos emocionais	Coef. Cor	0,1237	0,1399	-0,0533	0,1544	-0,0796	0,0112
	p-valor	0,3463	0,2863	0,7280	0,2945	0,5451	0,9320
	n	60	60	45	48	60	60
Saúde mental	Coef. Cor	0,0439	0,1987	0,0995	0,0924	-0,1296	0,1031
	p-valor	0,7386	0,1280	0,5152	0,5322	0,3233	0,4330
	n	60	60	45	48	60	60

Referente ao coeficiente de correlação de Pearson entre a QVRS e variáveis contínuas investigadas, foram encontradas correlações fracas. Notamos que, nas correções entre o domínio capacidade funcional e variáveis idade e anos de estudos, os p valores encontrados foram menores de 0,05 e, na correlação entre o domínio dor e as variáveis anos de estudo, tempo de TX e tempo de HD, os valores de p também se apresentaram abaixo de 0,05.

4.4 Sintomas depressivos dos pacientes transplantados renais

A seguir, apresentaremos os resultados obtidos com a aplicação do IDB para investigar os SDs dos pacientes transplantados renais.

Tabela 9 -Descrição dos sintomas depressivos, segundo o IDB, de acordo com a classificação proposta por Kendall et al. (1987), dos 60 transplantados renais. Ribeirão Preto-SP, 2011

Sintomas depressivos	Total	
	n	%
0 – 9 (ausência de sintomas depressivos)	43	71,67
10 – 16 (disforia)	12	20,00
17 – 20 (sintomas depressivos leves)	02	3,33
21 – 30 (sintomas depressivos moderados)	03	5,00
> 30 (sintomas depressivos graves)	00	0,00
Total	60	100,00

Em relação aos resultados, a partir do IDB, obtivemos que 43 (71,67%) dos pacientes transplantados renais não apresentaram SD, enquanto 12 (20%) apresentaram disforia e 5 (8,33%) apresentaram SD.

A seguir, está a tabela de comparação entre a presença e ausência dos SDs nos domínios do SF-36, sendo que foram considerados pacientes com presença de SD aqueles que apresentaram disforia, SDs leves ou SDs moderados.

Tabela 10 - Associação entre presença e ausência de sintomas depressivos e variáveis demográficas, econômicas e clínicas dos 60 transplantados renais, valores de p do Teste Exato de Fisher. Ribeirão Preto-SP, 2011

Variáveis		Sintomas Depressivos		Total	Valor de p
		Sem n (%)	Com n (%)	n (%)	
Sexo	Masculino	32 (53,33)	9 (15,00)	41 (68,33)	0,1310
	Feminino	11 (18,33)	8 (13,33)	19 (31,67)	
Faixa etária	20 a 59 anos	37 (61,67)	14 (23,33)	51 (85,00)	0,7035
	60 anos ou +	6 (10,00)	3 (5,00)	9 (15,00)	
Estado conjugal	nunca casou ou morou com companheiro	9 (15,00)	2 (3,33)	11 (18,33)	0,6940
	mora com esposo(a) ou companheiro(a)	27 (45,00)	13 (21,67)	40 (66,67)	
	separado(a), desquitado(a) , divorciado(a) ou viúvo(a)	7 (11,67)	2 (3,33)	9 (15,00)	
Casa onde mora	própria quitada	21 (35,00)	8 (13,33)	29 (48,33)	0,7401
	própria paga prestação	5 (8,33)	3 (5,00)	8 (13,33)	
	paga aluguel	14 (23,33)	4 (6,67)	18 (30,00)	
	cedida sem aluguel	3 (5,00)	2 (3,33)	5 (8,33)	
Escolaridade	0 a 9 anos	31 (53,45)	12 (20,69)	43 (74,14)	0,7473
	10 ou +	10 (17,24)	5 (8,62)	15 (25,86)	
Comorbidades	sem doenças	18 (30,00)	7 (11,67)	25 (41,67)	1,0000
	1 ou + doenças	25 (41,67)	10 (16,67)	35 (58,33)	
Tempo transplante	161 a 480 meses	7 (11,67)	4 (6,67)	11 (18,33)	0,7123
	480 a 1024 meses	36 (60,00)	13 (21,67)	49 (81,67)	
Tempo HD	1 a 7 anos	37 (61,67)	12 (20,00)	49 (81,67)	0,2647
	7 a 14 anos	6 (10,00)	5 (8,33)	11 (18,33)	
Aposentado	Não	25 (42,37)	6 (10,17)	31 (52,54)	0,1493
	Sim	17 (28,81)	11 (18,64)	28 (47,46)	
Possui trabalho Próprio	Não	29 (48,33)	16 (26,67)	45 (75,00)	0,0458*
	Sim	14 (23,33)	1 (1,67)	15 (25,00)	
Mudanças na vida após o transplante	Melhorou	26 (56,52)	8 (17,39)	34 (73,91)	1,0000
	ser mais cuidadoso após o transplante	9 (19,57)	3 (6,52)	12 (26,09)	

*significativos ao nível mínimo de significância de 5%.

Observamos que, das associações entre o IDB e as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas, foi encontrada associação com $p < 0,05$ entre as variáveis trabalho e sintomas depressivos, demonstrando que não possuir trabalho se associou com maiores escores do IDB.

Nos demais resultados, encontramos p valores superiores a 0,05 entre os SDs e o sexo, a faixa etária, o estado conjugal, a casa onde mora, a escolaridade, as comorbidades, o tempo de transplante, a aposentadoria e as mudanças na vida após transplante renal, denotando a ausência de associação com a presença de SD.

Tabela 11 - Regressão logística para sintomas depressivos e variáveis demográficas, econômicas e clínicas dos 60 transplantados renais. Ribeirão Preto-SP, 2011

Variáveis		Beck		Total n (%)	OddsRatio Bruto	IC (95%)
		Sem n (%)	Com n (%)			
Sexo	Masculino	32 (53,33)	9 (15,00)	41 (68,33)	1,00	Referência
	Feminino	11 (18,33)	8 (13,33)	19 (31,67)	2,586	(0,800 ; 8,358)
Faixa etária	20 a 59 anos	37 (61,67)	14 (23,33)	51 (85,00)	1,00	Referência
	60 anos ou +	6 (10,00)	3 (5,00)	9 (15,00)	1,321	(0,290 ; 6,019)
Estado conjugal	Nunca casou ou morou com companheiro	9 (15,00)	2 (3,33)	11 (18,33)	1,00	Referência
	Mora com esposo (a) ou companheiro (a)	27 (45,00)	13 (21,67)	40 (66,67)	2,167	(0,408 ; 11,497)
	Separado (a), desquitado (a), divorciado (a) ou viúvo(a)	7 (11,67)	2 (3,33)	9 (15,00)	1,286	(0,143 ; 11,543)
Escolaridade	0 a 9 anos	31 (53,45)	12 (20,69)	43 (74,14)	1,00	Referência
	10 ou +	10 (17,24)	5 (8,62)	15 (25,86)	1,292	(0,365 ; 4,570)
Comorbidades	Sem doenças	18 (30,00)	7 (11,67)	25 (41,67)	1,00	Referência
	1 ou + doenças	25 (41,67)	10 (16,67)	35 (58,33)	1,029	(0,329 ; 3,217)
Tempo transplante	161 a 480 meses	7 (11,67)	4 (6,67)	11 (18,33)	1,583	(0,397 ; 6,309)
	480 a 1024 meses	36 (60,00)	13 (21,67)	49 (81,67)	1,00	Referência
Tempo HD	1 a 7 anos	37 (61,67)	12 (20,00)	49 (81,67)	1,00	Referência
	7 a 14 anos	6 (10,00)	5 (8,33)	11 (18,33)	2,570	(0,664 ; 9,951)
Aposentado	Não	25 (42,37)	6 (10,17)	31 (52,54)	1,00	Referência
	Sim	17 (28,81)	11 (18,64)	28 (47,46)	2,696	(0,837 ; 8,687)
Possui trabalho próprio	Não	29 (48,33)	16 (26,67)	45 (75,00)	7,724	(0,928 ; 64,257)
	Sim	14 (23,33)	1 (1,67)	15 (25,00)	1,00	Referência
Retornou à atividade profissional	Não	26 (43,33)	11 (18,33)	37 (61,67)	1,199	(0,373 ; 3,853)
	Sim	17 (28,33)	6 (10,00)	23 (38,33)	1,00	Referência
O que mudou após o transplante	Melhorou	26 (56,52)	8 (17,39)	34 (73,91)	1,083	(0,235 ; 4,994)
	Ser mais cuidadoso após o transplante	9 (19,57)	3 (6,52)	12 (26,09)	1,00	Referência

IC (95%) = Intervalo de Confiança com 95%

Observamos que o sexo feminino aumentou a chance em 2,5 vezes de ter SD em relação ao sexo masculino; o maior tempo em hemodiálise prévio ao transplante (7 a 14 anos) aumentou a chance em 2,5 vezes de ter SD que o menor tempo (1 a 7 anos); não possuir trabalho próprio aumentou a chance em 7,7 vezes de ter SD que ter trabalho próprio.

Para as demais variáveis, notamos que apresentaram variações menores nas chances de apresentarem os SDs.

4.5 Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos dos pacientes transplantados renais

Na sequência, apresentaremos os resultados relacionando a QVRS e os SDs dos pacientes transplantados renais.

Tabela 12 - Comparação entre a presença e ausência de sintomas depressivos para todos os domínios do SF-36 dos 60 transplantados renais, P valores e IC (95%). Ribeirão Preto-SP, 2011

Domínios do SF-36	Sintomas Depressivos	Média (DP)	Valor de p	IC(95%)	
Capacidade Funcional	Sem	67,91(21,05)	0,0732	-1,1076	23,9803
	Com	56,47(23,90)			
Aspectos físicos	Sem	72,67(39,27)	0,0001*	23,8840	68,5236
	Com	26,47(37,99)			
Dor	Sem	84,28(19,00)	0,0002*	10,6404	32,8588
	Com	62,53(20,33)			
Estado geral de saúde	Sem	73,95(9,61)	0,0236*	1,0419	13,9238
	Com	66,47(14,66)			
Vitalidade	Sem	76,05(13,12)	0,0002*	7,9887	24,6924
	Com	59,71(17,81)			
Aspectos sociais	Sem	86,92(14,42)	<0,0001*	15,2437	35,0640
	Com	61,76(23,16)			
Aspectos emocionais	Sem	91,47(25,30)	<0,0001*	38,5886	73,7777
	Com	35,29(41,62)			
Saúde mental	Sem	80,74(13,53)	<0,0001*	12,8232	32,9004
	Com	57,88(25,10)			

DP = Desvio-Padrão

Em geral, observamos que os pacientes com ausência de SD apresentaram escores médios mais elevados nos domínios do SF-36 refletindo melhor QVRS, quando comparados aos pacientes com algum grau de SD, cujas diferenças obtiveram $p < 0,05$, contudo, para o domínio da capacidade funcional o P valor calculado foi $> 0,05$ ($p = 0,0732$).

A seguir, apresentaremos os gráficos de dispersão referentes à correlação de Pearson para cada domínio do SF-36 com os escores do IDB.

Figura 1. Distribuição dos escores do domínio capacidade funcional do SF-36 com os escores do IDB dos 60 pacientes transplantados renais, coeficiente de correlação de Pearson (-0,30846), p valor (0,0165). Ribeirão Preto-SP, 2011.

Figura 2 - Distribuição dos escores do domínio aspectos físicos do SF-36 com os escores do IDB dos 60 pacientes transplantados renais, coeficiente de correlação de Pearson (-0,55765), p valor(<0,0001). Ribeirão Preto, 2011

Figura 3 -Distribuição dos escores do domínio dor do SF-36 com os escores do IDB dos 60 pacientes transplantados renais, coeficiente de correlação de Pearson (-0,53526), p valor (<0,0001). Ribeirão Preto, 2011

Figura 4 -Distribuição dos escores do domínio estado geral do SF-36 com os escores do IDB dos 60 pacientes transplantados renais, coeficiente de correlação de Pearson (-0,15417), p valor (0,2396). Ribeirão Preto, 2011

Figura 5 -Distribuição dos escores do domínio vitalidade do SF-36 com os escores do IDB dos 60 pacientes transplantados renais, coeficiente de correlação de Pearson (-0,69869) p valor (<0,0001). Ribeirão Preto, 2011.

Figura 6 -Distribuição dos escores do domínio aspectos sociais do SF-36 com os escores do IDB dos 60 pacientes transplantados renais, coeficiente de correlação de Pearson (-0,65072), p valor (<0,0001). Ribeirão Preto, 2011

Figura 7 - Distribuição dos escores do domínio aspectos emocionais do SF-36 com os escores do IDB dos 60 pacientes transplantados renais, coeficiente de correlação de Pearson (-0,67441), p valor(<0,0001).Ribeirão Preto, 2011.

Figura 8 - Distribuição dos escores do domínio saúde mental do SF-36 com os escores do IDB dos 60 pacientes transplantados renais, coeficiente de correlação de Pearson (-0,76242), p valor(<0,0001). Ribeirão Preto, 2011

As figuras demonstram que foram encontradas correlações negativas entre os domínios do SF-36 e os escores do IDB, ou seja, à medida que aumentam os escores de SD, decrescem os escores médios nos domínios de QVRS. Tais correlações apresentaram p valor <0,05, exceto para o domínio estado geral de saúde.

Notamos que a maioria dos coeficientes de correlação variou entre -0,55 e -0,76 sendo consideradas correlações moderadas entre as variáveis analisadas. O coeficiente que mais se aproximou de ter uma forte correlação foi o domínio do SF-36 saúde mental com os escores do IDB, cujo coeficiente foi de -0,76242. Já o domínio capacidade funcional e estado geral de saúde apresentaram correlações fracas com os escores do IDB, tendo apresentado coeficiente de -0,30846 e -0,15417, respectivamente.

5. DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentaremos a discussão dos dados sociodemográficos, econômicos e clínicos, bem como a QVRS e os sintomas depressivos dos 60 pacientes transplantados renais participantes desta pesquisa.

5.1.Caracterização sociodemográfica, econômica e clínica nos pacientes transplantados renais

O presente estudo mostra que 85% dos pacientes transplantados renais eram adultos entre 20-59 anos o que corrobora outros estudos (PEREIRA et al., 2003; COSTA, 2011). Notamos que, com o decorrer dos anos, o transplante foi implementado como opção de tratamento para a DRC também para as pessoas acima de 60 anos (COSTA, 2011), tendo sido realizado em nove idosos desta pesquisa. Quanto ao sexo de pacientes transplantados renais, há uma heterogeneidade entre masculino e feminino, encontramos predomínio do sexo masculino, assim como em outros estudos (PEREIRA et al., 2003; BITENCOURT et al., 2004; AKMAN et al., 2004; BARBOSA et al., 2007; LUVISOTTO e tal., 2007; BARROS, 2009).

Quanto à escolaridade, observamos que os pacientes possuíam entre um e nove anos de estudo, o que demonstra que a maioria é alfabetizada, tendo cursado o ensino fundamental completo ou incompleto (REBOLLO et al., 2000; BARROS, 2009; COSTA, 2011).

A família e/ou o companheiro(a) do transplantado renal têm papéis importantes na vida do paciente, por oferecerem constante suporte psicológico, emocional e físico no dia a dia (REBOLLO et al., 2000; AKMAN et al., 2004; SAYIN et al., 2007; OLIVEIRA, 2007; CEBERIO, 2011; COSTA, 2011). Neste estudo a maioria dos participantes morava com família e/ou companheiro(a), fato que pode beneficiar o apoio aos transplantados renais no que diz respeito aos cuidados e à manutenção da saúde.

A literatura revela uma discrepância entre os dados referentes à média da renda mensal de pacientes transplantados renais, em alguns estudos, a média da renda é inferior à presente pesquisa e em outros a média da renda é próxima ao que encontramos (BARROS, 2009; REBOLLO et al., 2000). A renda é imprescindível

para a manutenção dos aspectos humanos envolvidos no processo de cuidar, bem como no contexto material de vida desses pacientes, os quais podem interferir na QVRS (MASTROPIETRO et al., 2010).

As principais causas autorreferidas da DRC foram a Hipertensão Arterial Sistêmica, fatores indeterminados e outras causas. Há uma lacuna de dados epidemiológicos da DRC, bem como, de transplantes renais realizados em território nacional, contudo têm sido encontradas na literatura como principais causas desta doença, a Diabetes *mellitus*, Hipertensão Arterial Sistêmica e outras doenças cardiovasculares, Glomerulonefrites e causa indeterminada (LUVISOTTO et al., 2007; CHERCHIGLIA et al., 2010; BUTUROVIC-PONIKVAR et al., 2011; COSTA, 2011).

Referente às terapias renais substitutivas, realizadas em períodos anteriores ao atual transplante, encontramos a diálise peritoneal, a hemodiálise e o transplante renal prévio, sendo que a hemodiálise foi a terapia mais mencionada pelos pacientes, o que corrobora outros estudos (BUTUROVIC-PONIKVAR et al., 2011; POLLICE et al., 2010; CHERCHIGLIA et al., 2010).

Outro fator que nos chamou a atenção foram os tipos de doadores. Estudos mostram que os doadores vivos são mais frequentes nos transplantes renais na atualidade, sendo destacado que a meia-vida de rins advindos de doadores vivos é superior a de doadores falecidos, o que aumenta a probabilidade de maior sobrevida do enxerto e melhor QVRS (TOWNELL, 2006; SHRESTHA et al., 2010; MONTES et al., 2010). Entretanto, neste estudo observamos que a maioria era dos doadores falecidos, o que pode estar relacionado com o efetivo trabalho desempenhado pelas centrais de doação e captação de órgãos para transplante (OLIVEIRA, 2007), por outro lado denota uma lacuna na priorização dos transplantes renais entre doadores vivos relacionados.

Quanto às comorbidades autorreferidas dos transplantados renais, observamos que as mais frequentes foram Hipertensão arterial Sistêmica e Diabetes *mellitus*, assim como em outros estudos (BARBOSA et al., 2007; SANTOS, 2007; BUCHARLES; PECOITS-FILHO, 2009; COSTA, 2011). Tais doenças podem ter início antes mesmo da DRC, podendo ser as causas da falência renal, além da HAS também ocorrer secundariamente à DRC. As duas doenças também podem resultar dos efeitos colaterais dos medicamentos imunossupressores utilizados na terapêutica do transplante renal (RIELLA, 2003).

Em nosso estudo, notamos que metade dos pacientes recebeu orientações antes do transplante, e a maioria recebeu orientações após o transplante. O transplante, por ser uma modalidade de tratamento da DRC, deve ser exposto às pessoas com DRC com suas vantagens e desvantagens para que não ocorram dúvidas, e para que isso aconteça, orientações e acompanhamentos devem ser constantes, enquanto o paciente encontra-se em tratamento dialítico, favorecendo a melhor adaptação e QVRS (GARCIA AVERASTURI, 2000; SANTOS, 2007; SAYIN et al., 2007; OLIVEIRA, 2007).

Notamos que não foram incomuns as doenças no transplantado renal, a infecção de trato urinário tem sido citada como a principal delas, assim como encontramos neste estudo (MONTES et al., 2010). No período após o transplante, algumas complicações podem ocorrer, se tornando alvo de preocupação para o paciente, neste sentido as equipes de transplante têm atendido prontamente quaisquer intercorrências que acontecem com estes pacientes, com a intenção de intervir precocemente evitando as complicações irreversíveis.

Em relação ao tratamento medicamentoso, estudos realizados com imunossuppressores, para o tratamento do transplante, remetem como a droga mais utilizada na atualidade o micofenolato, muitas vezes por fazer parte dos esquemas utilizados em protocolos como, por exemplo, uma das drogas é alterada, mas o micofenolato é mantido (PEREIRA et al., 2003; DAVILA; RODRIGUEZ, 2010). Em nosso estudo foi notado que ocorre o mesmo, tendo observado também o uso de corticoides, antiulcerosos, anti-hipertensivos e vitaminas.

A rejeição autorreferidas foi pouco mencionada pelos participantes deste estudo, o que pode estar relacionado com a ausência de relatos por parte médica aos pacientes sobre as rejeições discretas, ou seja, o paciente não percebe por não apresentar alterações clínicas. A rejeição ainda tem sido uma complicação séria do transplante renal (RIELLA, 2003).

Outra questão abordada é referente à rotina de vida desses pacientes transplantados renais e o que observamos foi que a rotina mudou para a maioria deles, sendo esta mudança para melhor em sua maioria, o que também é encontrado na literatura (BARROS, 2009; COSTA, 2011).

Além da melhora, como citado anteriormente, notamos também que parte dos pacientes transplantados renais retornou à atividade profissional (BARROS, 2009; COSTA, 2011).

5.2. Qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes transplantados renais segundo o SF-36

O desenvolvimento do transplante e a sua aplicação no tratamento de doenças terminais de alguns órgãos têm se expandido e com êxito no âmbito da saúde. A evolução das técnicas cirúrgicas, imunológicas e dos cuidados intensivos e a introdução de novas drogas imunossupressoras contribuíram para a melhora nos resultados dos transplantes (GARCIA, 2006; BARROS, 2009).

O transplante renal tem sido o tratamento de melhor escolha para a DRC em estágios terminais, apresentando melhores resultados quanto à morbidade, mortalidade e QVRS em relação à diálise (GRIVA et al., 2006; KOVACS et al., 2011; ROSENBERGER et al., 2005; VEROUX et al., 2011).

A QVRS tem sido abordada, após os transplantes, porém outros fatores também devem ser considerados, tais como os fatores emocionais e psicossociais dos pacientes que se submetem ao mesmo. Essa temática vem sendo cada vez mais valorizada na pesquisa científica, com um substancial número de estudos que abordam tais aspectos, considerados como potencializadores ou causadores de problemas no âmbito da saúde (BRANDÃO et al., 2005; AKMAN et al., 2004; ZIMMERMMANN et al., 2004; VIRZI et al., 2007; BARROS, 2009).

Quando falamos de QVRS neste estudo, abordamos o tema tendo usado o instrumento genérico SF-36. Os resultados obtidos referentes aos oito domínios investigados demonstraram que os escores médios de QVRS dos pacientes transplantados renais foram superiores a 59. Não há padronização de escores, para este instrumento, que demonstrem classificação interpretativa da QVRS, o que sabemos é que quanto mais próximo ao escore 100, melhor a QVRS, ao passo que os escores mais próximos do zero refletem pior QVRS em cada domínio. Notamos que os domínios do SF-36 que mais se aproximaram do escore 100 foram os aspectos sociais, a dor e os aspectos emocionais, assim como tem sido encontrado em estudos que utilizaram o mesmo instrumento (PINTO; RIBEIRO, 2000; PEREIRA et al., 2003; POLLICE et al., 2010; COSTA, 2011).

Referente à correlação dos domínios do SF-36 sobre QVRS com variáveis contínuas, notamos que o domínio de capacidade funcional correlacionou-se com a

idade e anos de estudos, quanto maior a idade, menores os escores da capacidade funcional, e quanto mais anos de estudo maiores os escores da capacidade funcional, isso pode ser atribuído aos pacientes estarem em sua maioria na faixa etária adulta e serem alfabetizados, assim apresentarem melhores condições físicas, bem como melhor compreensão da DRC para uma melhor QVRS (COSTA, 2011).

Em relação ao domínio dor, correlacionou-se com anos de estudo, tempo de TX e tempo de HD ($p < 0,05$). É possível que os maiores escores médios, no domínio dor, sejam decorrentes de maiores níveis de instrução, consequentemente, de melhor entendimento e enfrentamento da DRC e do maior tempo de transplante que resulta em adaptações às mudanças pós-transplante, bem como do menor tempo em HD prévia ao transplante (BARROS, 2009; COSTA, 2011).

Vários domínios da vida do paciente transplantado renal podem ser afetados pelo longo período em terapia dialítica prévia ao transplante, possivelmente associados às várias complicações crônicas da DRC e do tratamento dialítico, em especial a hemodiálise. Dessa forma, a QVRS pode sofrer influência de tais condições mediante a percepção dos próprios pacientes.

A QVRS além de ser influenciada por fatores físicos, também pode ser influenciada por fatores psicológicos e/ou emocionais, assim os SDs podem se instalar, e como é mencionado na literatura, os SDs compõem um importante mediador da QVRS (MOONS et al., 2003).

5.3. Sintomas depressivos dos pacientes transplantados renais, segundo o IDB

Em pessoas com DRC, os aspectos psicológicos podem estar alterados e influenciar a aceitação da doença e na adaptação ao tratamento (PEREIRA et al., 2007; OLIVEIRA, 2007). Porém, há estratégias que parecem auxiliar estas pessoas a se adaptarem emocional e fisicamente ao estressor, tal como, o apoio emocional de outras pessoas (ATKINSON et al., 2002; OLIVEIRA, 2007).

No Brasil, a taxa de depressão em pacientes transplantados renais varia entre 5 e 25% e as consequências da depressão repercutem na QVRS (ALMEIDA;

MELEIRO, 2000; BARROS, 2009).

É observado que, na fase inicial, após o transplante, até segundo mês, as alterações psicológicas são mais frequentes, já a partir do sexto mês é notória a melhora nos aspectos emocionais e psicossociais, como também na QVRS (ALMEIDA, 2003; SMELTZER; BARE, 2009; COSTA, 2011). Entretanto, é importante ressaltar que os sintomas depressivos poderão ocorrer após o sexto mês do transplante renal, como é relatado em outros estudos (DOBBELS et al., 2008; NOOHI et al., 2007; ARASPLAN et al., 2004; RAVAGNANI et al., 2007; PÉREZ-SAN-GREGORIO et al. 2006; BARROS, 2009).

Os SDs podem emergir de problemas significantes e ao mesmo tempo simples, e têm sido encontrados em maior prevalência em pacientes transplantados renais que na população em geral (MOONS et al., 2003).

A DRC pode acarretar transformações e modificações na vida do paciente, comprometendo tanto aspectos físicos como psicológicos, e assim ter repercussão pessoal, familiar e social (LIMA; GUALDA, 2001; OLIVEIRA, 2007).

Melhores condições de vida para o paciente com DRC é a busca do estado de bem-estar físico e mental, e isto é possível, resultando na recuperação da autonomia, das atividades de trabalho e lazer, da preservação da esperança e do senso de utilidades destas pessoas (LAW, 2002; OLIVEIRA, 2007).

Diante do número de transplantados com sintomas depressivos neste estudo, segundo a classificação proposta por Kendall et al. (1987), optamos por considerar o agrupamento nas categorias ausência de SD (escores entre 0 e 9) e presença de SD (escores acima de 9) para verificar a associação e/ou correlação dos SDs com variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas, bem como com a QVRS.

Quando analisamos a associação entre os escores do IDB com as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas, foi notória a associação entre ter e não ter trabalho próprio, assim como não possuir trabalho aumentou a chance em 7,7 vezes de ter SDs que ter trabalho. Tais resultados demonstram que o vínculo com o trabalho diminui a chance de apresentar SDs. O retorno às atividades laborais, após o transplante, é um fato relevante na vida dos pacientes, sendo que a variável trabalho influencia positivamente a QVRS (COSTA, 2011).

No presente estudo, o número de pacientes sem sintomas depressivos foi superior ao número de pacientes com algum grau destes sintomas, e podemos

relacionar tais achados à melhora da rotina de vida, ao apoio familiar e da equipe de profissionais que oferecem o suporte efetivo no serviço onde foi realizado o estudo.

O suporte da equipe multiprofissional, no seguimento do transplantado renal, é crucial para o ensino do paciente que deve receber informações adequadas e estar consciente dos riscos e benefícios do transplante, a fim de adaptar-se com seu novo modo de vida (MENDES; SHIRATORI, 2002).

A literatura faz referência à importância de diagnosticar a depressão após o transplante renal. Determinar a depressão, estruturando o diagnóstico, não é fácil na prática clínica, pelo tempo consumido e pela necessidade de *expertise* no assunto. Assim a utilização de instrumentos para avaliação dos SDs é válida no percurso do transplante para fazer a primeira identificação desses sintomas e fazer os devidos encaminhamentos necessários de forma precoce e para evitar a piora do quadro clínico (MOONS et al., 2003).

A prevalência de depressão é duas a três vezes mais frequente em mulheres do que em homens (WEISSMAN et al., 1996). O sexo feminino tem mais chances de apresentar SDs que o masculino (MOONS et al., 2003), resultado que também encontramos neste estudo.

Os SDs em pacientes transplantados renais têm sido apontados como preditores de pior QVRS, portanto foi necessário neste estudo verificar as relações entre tais variáveis.

5.4. Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos dos pacientes transplantados renais

Os aspectos físicos, psicológicos e a função social dos pacientes transplantados assumem proporções circunstanciais na determinação da QVRS destas pessoas. E há aspectos específicos da QVRS relacionados à percepção e experiência associadas com efeitos de drogas imunossupressoras, com o entendimento de valores relevantes da clínica e dos cuidados do transplante (MOONS et al., 2003).

Esses últimos são fatores que podem desencadear o aparecimento de

SDs em pacientes transplantados renais, dessa forma devem ser avaliados cuidadosamente para que sejam observados precocemente para melhor intervenção, adesão terapêutica e prognóstico (ALMEIDA, 2000; ALMEIDA, 2003; PREGNOLATTO, 2005).

Segundo Barros (2009);Ravagnani (2007), fatores como rejeição do enxerto, consultas médicas frequentes, ausência de apoio familiar e dificuldade de reinserção no mercado de trabalho podem contribuir para o desenvolvimento de SD.

Observamos que os SDs são prognosticadores potenciais para QVRS, assim podemos notar que fatores externos podem influenciar nesta avaliação (KOVACS et al., 2011).

Quando avaliamos o paciente após transplante renal, é importante atentarmos para as inseguranças e incertezas que os acometem, tais como, uso contínuo de medicamentos e a rejeição do órgão transplantado que podem desencadear SD, os quais podem interferir na QVRS (FUKUNISHI et al., 1997).

No atual estudo, os SDs foram delineados por meio do IDB, tendo sido baixa a frequência de tais sintomas nos pacientes transplantados renais, mas não podemos deixar de citar a presença de algum grau de SD (disforia, sintomas depressivos leves ou moderados) em 17 pacientes, diante da relevância clínica desta condição na avaliação da QVRS.

Os SDs têm estado presentes na vida dos pacientes transplantados renais (MOONS et al., 2003; ANVAR-ABNAVI, 2010). E os pacientes com presença de tais sintomas, no presente estudo, apresentaram escores médios de QVRS mais baixos que os pacientes sem SD, com exceção da Capacidade Funcional, demonstrando a relação, com significância estatística, existente entre as variáveis analisadas. A influência dos SDs na avaliação da QVRS, descrita acima, pode ser confirmada na análise de correlação, ou seja, os domínios de QVRS foram inversamente correlacionados com os escores dos SDs, resultados que também são encontrados na literatura (MOONS et al., 2003; XAVIER, 2001, AKMAN et al., 2007).

6. *CONCLUSÃO*

Participaram do estudo 60 pacientes, destes, 51 eram adultos e 9, idosos; 41 eram homens e 19 eram mulheres. A maioria morava com companheiros e/ou com a família e era aposentada.

Em relação ao tempo de transplante renal, a média foi de 1,96 ano, sendo que a maioria dos pacientes realizou hemodiálise, no período prévio ao transplante. E a maioria, também, recebeu a doação do rim de doadores falecidos. As comorbidades foram comuns após o transplante renal, sendo que 34 pacientes apresentaram entre uma e duas doenças. Todos os pacientes faziam uso de medicamentos, e o imunossupressor mais prescrito foi o Micofenolato.

As mudanças na vida após o transplante foram mencionadas pelos pacientes. Em relação à QVRS, os domínios do SF-36 que obtiveram menores escores médios foram: aspectos físicos, capacidade funcional e vitalidade, e os que obtiveram maiores escores médios foram: aspectos sociais, dor e aspectos emocionais. Vale ressaltar que os escores médios foram superiores a 50, em todos os domínios do SF-36.

O domínio de capacidade funcional correlacionou-se com a idade e os anos de estudos, evidenciando que a correlação inversa demonstrou que quanto maior a idade, menores os escores da capacidade funcional, ao passo que a correlação com anos de estudo demonstrou que a maior escolaridade aumenta os escores da capacidade funcional. Em relação ao domínio dor, apresentou correlação inversa com o tempo de hemodiálise, refletindo que o maior tempo deste tratamento prévio ao transplante, resultou em menores escores médios no domínio. Houve também correção do domínio dor com anos de estudo e tempo de transplante, correlações estas positivas.

Em relação aos resultados relacionados aos SDs, a partir do IDB, obtivemos que 43 (71,67%) dos pacientes transplantados renais não apresentaram SD, enquanto 17 (28,3%) apresentaram algum grau de SD. Observamos que, das associações entre o IDB e as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas, foi encontrada associação com significância estatística entre as variáveis trabalho e sintomas depressivos, demonstrando que não possuir trabalho se associou com maiores escores do IDB.

O sexo feminino, o maior tempo em hemodiálise prévio ao transplante e não possuir trabalho próprio aumentaram as chances de ter SD em relação às situações opostas.

Os pacientes com ausência de SDs apresentaram escores médios mais elevados nos domínios do SF-36, refletindo melhor QVRS, quando comparados aos pacientes com algum grau de SDs, com significância estatística nas comparações. Encontramos correlações negativas entre os domínios do SF-36 e os escores do IDB, ou seja, à medida que aumentaram os escores de SDs, decresceram os escores médios nos domínios de QVRS. Os resultados do presente estudo confirmaram a suposição inicial de que os pacientes transplantados renais com sintomas depressivos apresentam piores avaliações de QVRS, segundo os domínios do SF-36.

Neste estudo concluímos que o instrumento SF-36 nos permitiu avaliar a QVRS dos pacientes transplantados renais, assim como o IDB também é válido para identificar e classificar os pacientes com ausência e presença de SD, porém não nos dá condições de realizar o diagnóstico de depressão.

Há, portanto, evidências da necessidade de incluir a avaliação dos SDs e os respectivos atendimentos e/ou encaminhamentos dos pacientes com alterações, na prática clínica que engloba a atuação do enfermeiro, para otimizar a QVRS desses pacientes.

*REFERÊNCIAS**

*De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ABTO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2006a. Manual de Transplante Renal período pós transplante. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/profissionais/biblioteca/pdf/manual_transplante_pos.pdf> Acesso em: 24 nov. 2011.

ABTO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2006b. Manual de Transplante Renal. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/profissionais/biblioteca/pdf/manual_transplante_rim.pdf> Acesso em: 24 nov.2011.

ABTO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2011. Registro Brasileiro de Transplantes. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/mensagemRestrita.aspx?idCategoria=2>> Acesso em: 24 nov. 2011.

AKMAN, B.; OZDEMIR, F. N.; SEZER, S.; MICOZKADIOGLU, H.; HABERAL, M. Depressions levels before and after renal transplantation. **Transplant Proc.**, v. 36, p. 111-113, 2004.

AKMAN, B.; UYAR, M.; AFSAR, B.; SEZER, S.; OZDEMIR, F. N.; HABERAL, M. Adherence, depression and quality of life in patients on a renal transplantation waiting list. 7. **Transpl. Int.** Oxford, v. 20, n. 8, p. 682-687, Aug. 2007.

AKMAN, B.; UYAR, M.; AFSAR, B.; SEZER, S.; OZDEMIR, F. N.; HABERAL, M. Adherence, depression and quality of life in patients on a renal transplantation waiting list. Department of Nephrology, Baskent University Hospital, Ankara, Turkey. **J. Compilation**, p.682-687, 2007.

ALMEIDA, A. M. Revisão: A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **J. Bras.Nefrol.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 209-214, 2003.

ALMEIDA, A. M., MELEIRO, A. M. A. S. Revisão: Depressão e Insuficiência Renal Crônica: uma revisão. Instituto de Psiquiatria(IPq), HCFMUSP, São Paulo. **J. Bras.Nefrol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16-24, 2000.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

ANDERSON, K. L.; BURCKHARDT, C. S. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. **J. Adv. Nurs.**, v. 29, n. 2, p. 298-306, 1999.

ARASPLAN, B.; SOYKAN, C.; KUMBASAR, H. Cross-Sectional assessment of psychiatric disorders in renal transplantation patients in Turkey: a preliminary study. **Transplant. Proc.**, v.36, p.1419-1421, 2004.

ATKINSON, R. L.; ATKINSON, R. C.; SMITH, E.E; BEM, D. J; HOEKSEMA, S. N. **Introdução à Psicologia de Hilgard**. 13ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BARBOSA, L. M.; ANDRADE JÚNIOR, M. P.; BASTOS, K. A. Preditores de qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.**, v. 29, n. 4, p. 222-229, 2007.

BARROS, P. M. R. **Depressão e qualidade de vida em pacientes no pré e pós-transplante renal**. Recife: Dissertação (mestrado) – Recife: CCS. Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, 2009.

BECK, A.T. et al. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psych.**, v.4, p. 53-63, 1961.

BITTENCOURT, Z. Z. L. C.; ALVES FILHO, G.; MAZZALI, M.; SANTOS, N. R. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 732-734, 2004.

BRANDÃO, A. L. L. C.; CAVALCANTE, M. V. G.; OLIVEIRA, M. V. L. Adolescente renal crônico: alterações físicas, emocionais e sociais após transplante. **Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol.**, v.8, n.4, p.12-16, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa nacional das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 1, de 13 de junho de 1988. **Normas de pesquisa em saúde: aspectos éticos da pesquisa em seres humanos**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Estudo epidemiológico brasileiro sobre terapia renal substitutiva**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados sobre transplante renal**. Brasília, 2004. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br> >. Acesso em: 16 mai. 2008.

BUCHARLES, S. G. E; PECOITS-FILHO, R. Doença renal crônica: mecanismos da progressão e abordagem terapêutica. **J Bras Nefrol**, Curitiba, v.31, p.6-12, supl.1, 2009.

BUTT, Z.; YOUNT, S. E.; CAICEDO, J. C.; ABECASSIS, M. M.; CELLA, D. Quality of life assessment in renal transplant: review and future directions. **Clin.Transplant**, v. 22, p. 292–303, 2008.

BUTUROVIC-PONIKVAR, J.; GUBENSEK, J.; ARNOL, M.; BREN, A.; KANDUS, A.; PONIKVAR, R. Dialysis patients refusing kidney transplantation: data from the Slovenian renal replacement therapy registru. **Therapeutic Apheresis and Dialysis**, v.15, issue 3, p. 245-249, 2011.

CASTRO, E. K. O paciente renal crônico e o transplante de órgãos no Brasil: aspectos psicossociais. **Rev.SBPH**, v.8, n.1, 2005.

CEBERIO, M. R. Viejas y nuevas familias. La transición hacia nuevas estructuras familiares, **Interpsiquis**, 2006. Disponível em: < <http://reflejosalalbaserpadreshoy.blogspot.com/2009/01/viejas-y-nuevas-familias-la-transicion.html> > Acesso em: 02 jan. 2011.

CHERCHIGLIA, M. L.; MACHADO, E. L.; SZUSTER, D. A. C.; ANDRADE, E. L. G.; ACÚRCIO, F. A.; CAIAFFA, W. T.; SESSO, R.; JUNIOR, A. A. G.; QUEIROZ, O. V.; GOMES, I. C. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, p. 639-649, 2010.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)**. 1997. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CID 10, OMS. Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, v.1, 2000.

COSTA, J. M. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas submetidas a transplante renal**. 2011. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2011.

CUNHA, C. B; PONCE DE LEON, A. C.; SCHRAMM, J. M. A; CARVALHO, M.S; SOUSA JUNIOR, P. R.; CHAIN, R. Tempo até o transplante e sobrevida em pacientes com insuficiência renal crônica no Estado do Rio de Janeiro Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.1998-2002, 2007.

DAVILA, J. G.; RODRIGUEZ, I. L. Cambio em la normativa de dispensación de inmunosupresores em el trasplantado renal. **Nefrologia**, v.30, p.370-371, 2010.

DEVELOPMENT CORE TEAM, R (2005). R: A language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: R. Foundation for Statistical Computing, Disponível em: <<http://www.R-project.org>> Acesso em: 23 nov 2011.

DOBBELS, F.; SKEANS, M. A.; SNYDER, J. J.; TUOMARI, A. V.; MACLEAN, J. R.; KASISKE, B. L. Depressive disorder in renal transplantation: an analysis of medicare claims. **Am. J.Kidney Dis.**, v.51, n.5, p.819-828, 2008.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life**: assessment, analysis, and interpretation. Chichester: John Wiley, 2000.

FRANKE, G. H.; REIMER, J.; PHILIPP, T.; HEEMANN, U. Aspects of quality of life through end stage renal disease. **Qual Life Res.** v.12, p.103-115. 2003.

FISHER, R.A. The logic of inductive inference. **J. R. Statist. Soc.**, v.98, n.1, p. 39-82, 1935.

FISHER, R.; GOULD, D.; WAINWRIGHT, S.; FALLON, M. Quality of life after renal transplantation. **Journal of Clinical Nursing.**, v.7, p.553-563, 1998.

FUKUNISHI, I.; HASEGAWA, A.; OHARA, T.; AIKAWA, A.; HATANAKA, A.; SUZUKI, J.; KIKUCHI, M.; AMAGASAKI, K. Kidney transplantation and liaison psychiatry, part I: Anxiety before, and the prevalence rate of psychiatric disorders before and after, transplantation. **Psychiatr.Clin.Neurosci.**, Japan, v.51, p.301-304, 1997.

GARCIA, V. D. A política de transplantes no Brasil. **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v. 50, n. 4, p.313-320, 2006.

GARCIA AVERASTURI, L: Estrés psicológico y enfrentamento: uma actualización del tema (em Imprensa). 2000.

GARRAT, A.; SCHMIDT, S.; MACHINTOSH, A.; FITZPATRICK, R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. **BMJ.**, v.324, n.1417, p.1-5, 2002.

GILSON, B. C.; GILSON, J. S.; BERGNER, M.; BOBBIT, R. A.; KRESSEL, S.; POLLARD, W. E.; VESSELAGO, M. The sickness impact profile development of an outcome measure of health care. **Am J Public Health.**, v.12. p.1304-1310, 1975.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **CECIL**: tratado de medicina interna. 22ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev Psiquiatr Clin.**, v.25, p.245-50, 1998.

GRIVA, K.; THOMPSON, D.; JAYASENA, D.; DAVENPORT, A.; HARRISON, M.; NEWMAN, S. P. Cognitive functioning pre- to post-kidney transplantation - a prospective study. **Nephrol. Dial. Transplant.**, New York, v.21, p. 3275-3282, 2006.

HOSMER, D. W; LEMESHOW S. Assessing the fit of the model. In: *Applied Logistic Regression* John Wiley and Sons, New York, pp. 135–173, 1989

KAPLAN, R.; ATKINS, C. J.; TIMMS, R. Vality of quality of well-bring scale as an outcome measure in chronic obstructive pulmonary disease. **J Chonic Dis**, v.37, p.85-95, 1984.

KENDALL, P. C.; HOLLON, S. D.; BECK, A. T.; HAMMEN,C. L.; INGRAM, R. E. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. **Cognitive Ther. Res.**, v. 11, n. 3, p. 289-299, 1987.

KIMMEL, P. L. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. **Am. J. Kidney Dis.**, v. 35, n. 4, p. 132-140, 2000.

KOVACS, A. Z.; MOLNAR, M. Z.; SZEIFERT, L.; AMBRUS, C.; VARGA, M. M.; SZENTKIRALYI, A.; MUCSI, I.; NOVAK, M. Sleep disorders, depressive symptoms and health-related quality of life-a cross-sectional comparison between kidney transplant recipients and waitlisted patients on maintenance dialysis. **Nephrol. Dial.Transplant.**, New York, v.26, p.1058-1065, 2011.

KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R.; MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.3, p.525-532, 2004.

KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; HAAS, V. J.; RODRIGUES, R. A. P. Adults and elderly on hemodialysis: evaluation of health-related quality of life. **Acta Paul.Enferm.**, SãoPaulo, v.21, p.152-159, 2008.

LASMAR, E. P.; VILELA, E. G. Imunossupressão. In: PEREIRA,W. A. **Manual de transplante de órgãos e tecidos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. , p. 88-119.

LAW, M. Participation in the occupations everyday life. **Am. J.Occup.Ther**, v.56, n.6, p.640-649, Feb.2002.

LIMA, A. F. C.; GUALDA, D. M. R. O significado da hemodiálise para o paciente renal crônico: utilização de um modelo para a interpretação de dados de pesquisa qualitativa. **Rev. Paul.Enferm.**, São Paulo, v.20, n.2, p.44-51, maio 2001.

LUVISOTTO, M. M.; CARVALHO, R.; GALDEANO, L. E. Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato. **Einstein**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 117-122, 2007.

MAHLER, D. A.; MACKOWIAK, J. I. Evaluation of the Short-Form 36-Item questionnaire to measure health-related quality of life in patients with COPD. **CHEST.**, v.107, n.6, p.1585-1589, 1995.

MARYLAND. US Renal Data System. **Annual Data Report**. National Institutes of Health. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Bethesda, 2002.

MASTROPIETRO, A. P.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; SIMÕES, B. P.; VOLTARELLI, J. C.; SANTOS, M. A. Relação entre renda, trabalho e qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v.32, n.2, p.102-107, 2010.

MENDES, C. A.; SHIRATORI, K. As percepções dos pacientes de transplante renal. **Nursing.**, v. 5, n. 44, p. 15-22, 2002.

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

MIYAZAKI, M. C. O. S.; DOMINGOS, N. A. M.; VALERIO, N. I.; SOUZA, E. F.; SILVA, R. C. M. A. Tratamento da hepatite C: sintomas psicológicos e estratégias de enfrentamento. **Rev. Bras. Ter. Cognit.**, v.1, p.119-126, 2005.

MONTES, L. Z.; MUNARRIZ, R. L.; NINACÓNDOR, R. M.; ZEBALLOS, W. M.; MORY, A. D. C.; CHIPANA, R. S.; CÓRDOVA, R. V.; FLORES, L. V.; DE LA O, G. P.; ALCOCER, E. C.; TERRONES, M. C.; BRAVO, M. P.; MUNARRIZ, C. L. Resultados preliminares del programa piloto de trasplante renal: Hospital Nacional Cayetano Heredia, Ministerio de Salud, Lima, Perú. **Acta Méd. Peruana**, Lima, v. 27, n.3, p.183-187, 2010.

MONTGOMERY, D. C. **Design and analysis of experiments**. 5^a ed. New York: John Wiley, 2000.

MOONS, P.; VANRENTERGHEM, Y.; HOOFF, J. P. V.; SQUIFFLET, J. P.; MARGODT, D.; MULLENS, M.; THEVISSSEN, I.; GEEST, S. D. Health-related quality of life and symptom experience in tacrolimus-based regimens after renal transplantation: a multicentre study. **Transpl. Int.**, v.16, p.653-664, 2003.

NEWMAN, S.; STEED, L.; MULLIGAN, K. Self-management interventions for chronic illness. **Lancet.**, v. 364, p. 1523-1537, 2004.

NOOHI, S.; KHAGHANI-ZADEH, M.; JAVADIPOUR, M.; ASSARI, S.; NAJAFI, M.; EBRAHIMINIA, M.; POURFARZIANI, V. Anxiety and depression are correlated with higher morbidity after kidney transplantation. **Transplant. Proc.**, v.39, p.1074-1078, 2007.

OLBRISCH, M. E.; BENEDICT, S. M.; ASHE, K.; LEVENSON, J. L. Psychological assessment and care of organ transplant patients. **J. Consult.Clin.Psychol.**, v.70, p.771-783, 2002.

OLIVEIRA, N. T. H. **Expectativas do paciente renal crônico frente a espera do transplante**. 2007. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

OSTROWISKI, M.; WESOLOWSKI, T.; MAKAR, D.; BOHATYREWICZ, R. Changes in patients' quality of life after renal transplantation. **Transplantation**, v. 32, p.1371-1374, 2000.

PAGANI, T. C. S.; JUNIOR, C. R. P. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. **UNIFESP**, 2006.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2004.

PEREIRA, E.; MENEGATTI, C.; PERCEGONA I; AITA, C. A.; RIELLA, M. C. Aspectos psicológicos de pacientes diabéticos candidatos ao transplante de ilhotas pancreáticas. **Arq. Bras. Psicol.**, Curitiba, v. 59, n. 1, p. 62-71, jun. 2007.

PEREIRA, L. C.; CHANG, J.; ROMÃO, M. A. F.; ABENSUR, H.; ARAÚJO, M. R. T.; NORONHA, I. L.; CAMPAGNARI, J. C.; ROMÃO JÚNIOR, J. E. Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. **J. Bras. Nefrol.**, v.25, p.10-16, 2003.

PEREIRA, R. J.; COTTA, R. M. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; RIBEIRO, R. C. L.; SAMPAIO, R. F.; PRIORE, S. E.; CECON, P. R. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. Psiquiatr. RS**, Porto Alegre, v.28, n.1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso 13 jan. 2011.

PEREIRA, W. A. História dos transplantes. In: PEREIRA, W. A. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p.1-7.

PÉREZ-SAN-GREGORIO, M. A.; MARTIN RODRIGUEZ, A.; DÍAZ-DOMINGUEZ, R.; PÉREZ-BERNAL, J. The influence of post transplant anxiety on the long-term health of patients. **Transplant. Proc.**, v.38, p.2406-2408, 2006.

PINTO, C.; RIBEIRO, J. L. P. A qualidade de vida de jovens/adultos submetidos a transplante renal na infância. **Rev. Portuguesa Saúde Pública**, v.18, n.1, p.11-19, jan-jun. 2000.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Delineamento de Pesquisa. In: POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Cap. 6, p. 107-140.

POLLICE, R.; DI MAURO, S.; BERNARDINI, M.; BIANCHINI, V.; GIORDANI PAESANI, N.; USSORIO, D.; RONCONE, R.; FAMULARI, A.; CASACCHIA, M. Psychopathology, quality of life and social functioning in dialysis treatment and kidney transplantation patients. **Clin. Ter.**, Itália, v.161, p. 329-333, 2010.

PONTICELLI, C. Renal transplantation 2004: where do we stand today? **Neprol Dial Tranplant.**, v.19, n.12, p.2937-2947, 2004.

PORTER, A. C.; VIJIL J. C. J. R.; UNRUH, M.; LORA, C.; LASH, J. P. Heath - related quality of life in hispanics with chronic kidney disease. **Transl Res.** v. 155, n.4, p. 157-163, 2010.

PREGNOLATTO, A. P. F. **Aleximia e sintomas psicopatológicos em pacientes com insuficiência renal crônica**. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo, pp.iv+35, 2005.

QUINTANA, A. M.; MÜLLER, A. C. Da saúde à doença: representações sociais sobre a insuficiência renal crônica e o transplante renal. **Psicol. Argumento**, Curitiba, v. 24, n. 44, p. 73-80, jan.-mar. 2006.

RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A. M.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estud.Psicol.**, Campinas, v.12, n.2, p.177-181, mai.-ago. 2007.

REBOLLO, P.; ORTEGA, F.; BALTAR, J. M.; BADÍA, X.; ALVAREZ-UDE, F.; DÍAZ-CORTE, C.; NAVES, M.; NAVASCÚES, R. A.; UREÑA, A.; ALVAREZ-GRANDE, J. Health related quality of life (HRQOL) of kidney transplanted patients: variables that influence it. **Clin.Transplant.**, Munksgaard, v.14, p.199-207, 2000.

RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RODRIGUES, D. P.; MELO, E. M.; SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. O suporte social para atender as necessidades das mulheres mastectomizadas. **Rev. Bras. Cancerol.**, v.44, n.3, p.231-238, 1998.

ROSENBERGER, J.; DIJK, J. P. V.; NAGYOVA, I.; ROLAND, R.; GECKOVA, A. M.; HEUVEL, W. J. A. V. D.; GROOTHOFF, J. W. Do dialysis- and transplantation-related medical factors affect perceived health status? **Nephrol. Dial. Transplant.**, New York, v.20, p.2153-2158, 2005.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS, F. R. **Efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2007.

SAS INSTITUTE INC. **SAS/STAT® User's Guide, Version 9**. Cary, NC: SAS Institute Inc., 2003.

SAYIN, A.; MUTLUAY, R.; SINDEL, S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. **Transplantat. Proc.**, Nova York, v.39, p. 3047-3053, 2007.

SCHUTTINGA, J. A. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. **Quality of life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, p. 31-42, 1995.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, p.580-588, mar.-abr. 2004.

SESSO, R. **Epidemiologia da insuficiência renal crônica no Brasil**. Guia de Nefrologia. Ajzen, H.; Schor, N.; Ed. Manole, São Paulo, 2002, p. 1-7.

SESSO, R. C. C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S.; LUGON, J.R.; BURDMANN, E. A. Censo Brasileiro de Diálise, 2009. **J Bras Nefrol.**, v.32, n.4, p.380-384, 2010.

SHRESTHA, A.; SHRESTHA, A.; BASARAB-HORWATH, C.; MCKANE, W.; SHRESTHA, B.; RAFTERY, A. Quality of life following live donor renal transplantation: a single centre experience. **Ann. Transplant.**, Polônia, v.15, p.5-10, 2010.

SILVA, L. F.; GUEDES, M. V. C.; MOREIRA, R. P.; SOUZA, A. C. C. Doença crônica: o enfrentamento pela família. **Acta Paul.Enferm.**, São Paulo, v.15, n.1, p.40-47, 2002.

SIMON, D. M. Infectious complications of solid organ transplantations. **Infect.Dis. Clin. North. Am.**, v.15, p.521-549, 2001.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2009.

STRAUB, R. O. (2002). **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health Measurement Scales**: a practical guide to their development and use. 2ª Ed. New York: Oxford University Press, 1995.

SUCESSO, E. B. **Qualidade de vida**: sonho ou possibilidade? São Paulo: ABQV – Associação Brasileira de Qualidade de Vida, 2005. Disponível em: < <http://www.abqv.org.br/artigos.php?id=42> >. Acesso em: 16 ago. 2008

TARSITANO, F.; LEMOS, C. C. S.; NÓBREGA, A. M.; SILVA, M. I. B.; CRASTO, M. C.; NUCERA, A. P.; SOUZA, E. R. M.; BREGMAN, R. Comparação de Doença Renal Crônica em Pacientes Com e Sem Transplante Renal. **J. Bras. Nefrol**; v.27, n.4, p. 173-178, dez.2005.

TOWNELL, N. Quality of life after donor nephrectomy. **BMJ Publishing Group Ltd.**, v.333, n.7561, p.209-210, 2006.

TAYLOR, S. E. (2003). **Health Psychology** (5ª ed). Nova York: McGraw-Hill.

US RENAL DATA SYSTEM. USRDS Annual Data Report. National Institutes of Health. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2002.

VALDERRÁBANO, F. Quality of life benefits of early anaemia treatment. **Nephrol. Dial. Transplant.**, New York, v.15, p.23-28, 2000.

VALDERRABANO, F.; JOFRE, R.; LÓPEZ-GONZALEZ, J. M. Quality of life in end stage renal disease patients. **Am. J. Kidney Dis.**, v. 38, p.443-464, 2001.

VEROUX, M.; GROSSO, G.; CORONA, D.; MISTRETTA, A.; GIAQUINTA, A.; GIUFFRIDA, G.; SINAGRA, N.; VEROUX, P. Age is an important predictor of kidney transplantation outcome. **Nephrol. Dial. Transplant.**, New York, v.0, p. 1-9, 2011. Disponível em: <<http://ndt.oxfordjournals.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=21926404>>. Acesso em: 13 out. 2011.

VICENTE, A. M. G.; RUIZ SOLÍS, S.; CASTREJÓN, A. S.; POBLETE GARCÍA, V. M.; TALAVERA RUBIO, M. del P.; RODADO MARINA, S.; CORTÉS ROMERA, M. Scintigraphic diagnosis of infectious complication in renal failure patients undergoing hemodialysis, continuous ambulatory peritoneal dialysis or renal transplant. **Braz. Arch. Biol. Technol.**, v.48, special, p.97-108, October 2005.

VIRZÌ, A.; SIGNORELLI, M. S.; VEROUX, M.; GIAMMARRESI, G.; MAUGERI, S.; NICOLETTI, A.; VEROUX, P. Depression and quality of life in living related renal transplantation. **Transplant. Proc.**, v.39, n. 6, p.1791-1793, 2007.

WAINRIGHT, S. P.; FALLON, M.; GOULD, D. Psychosocial recovery from adult kidney transplantation: a literature review. **J. Clin. Nurs.**, v.8, p.233-245, 1999.

WARE, J. E.; JUNIOR, P. H. D.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-Item Short-Form health survey (SF-36). **Medical Care**, v.30, n.6, 1992.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. SF-36 physical a mental health summary scales: a user's manual. **Quality Metric incorporated**, p.170, 1994.

WEISSMAN, M.M.; BLAND, R.C.; CANINO, G.J.; et al. Cross-national epidemiologic of major depression and bipolar disorder. **The Journal of the American Medical Association**. New York (USA); v.276, n.4, p.293-99, 1996.

WINSET, R. P.; HATHAWAY, D. K. Predictors of QoL in renal transplant recipients: bridging the gap between research and clinical practice. Post transplant Quality of Life Intervention Study Group. **American Nephrology Nurses' Association Journal**, v.26, p. 235-240, 1999.

XAVIER, F. M. F.; FERRAZ, M. P. T.; BERTOLLUCCI, P.; POYARES, D.; MORIGUCHI, E. H. Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v.23, n. 2, p. 62-70, jun. 2001.

ZIMMERMANN, P. R.; CARVALHO, J. O.; MARI, J. J. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. **Rev. Psiquiatria RS.**, Porto Alegre, v.26, p. 312-318, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE I- Instrumento de Avaliação

A-Identificação

Nome: _____
 Início da entrevista: _____ Término: _____
 Data: ____/____/____ Local: _____ data de nascimento: ____/____/____

1-Sexo
 1- Masculino 2- Feminino

2-Idade: (anos completos)

3-Cor da pele autodeclarada
 1- Branca 2- Parda 3- Amarela 4- Negra

4-Local de nascimento
 1- Urb 2- Rural
 Cidade: _____ Estado: _____
 País: _____

5-Há quanto tempo está morando na cidade ou região de Ribeirão Preto? (em anos completos)

6-E neste endereço? (em anos completos)

7-Mora sempre neste endereço ou existe mais de um local para residir?
 1-Só neste local 2-Mais de 1 local

8-Qual o seu estado conjugal?
 1- Nunca se casou ou morou c/ companh.
 2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a)
 3 -Sep.(a), desquitado(a) ou divorc(a)
 4 -Viúvo(a)

9-Há quanto tempo está no estado atual?

10-Quantas vezes o (a) sr (a) se casou, legalmente ou não?

11-Quantos filhos vivos tem?

B-Perfil Social

12-Escolaridade:
 1- Analfabeto 2- Sabe ler/escrever
 anos de estudo.....

13-Qual (is) dessa(s) renda(s) o(a) sr(a) tem ? 0-não tem 1- tem
 a) Aposentadoria
 b) Pensão.....
 c) Aluguel.....
 d) Trabalho próprio.....
 e Doações (família, amigos, instituições)
 f) Outras _____

14-Principal atividade profissional exercida **atualmente** (se tiver mais do que uma resposta, informar a que gasta mais tempo, em horas): _____

15-Principal atividade profissional exercida **anteriormente**: _____

16-Há quanto tempo recebe o benefício (mais antigo) de aposent. ,pensão ou renda mensal vitalícia? Qual valor? Quantas pessoas vivem dela?

17-Idade que se aposentou(em anos completos)?.....

18- Idade que se afastou do trab.(em anos completos)

19-A casa onde mora é:

- 1- Própria - quitada 2- Própria - paga prestação
3- Paga aluguel 4- Cedida- sem aluguel 5- Asilo
6-Casa de repouso 7- Outro tipo

20-Com quem o sr. (a) mora:.....

- 1-sozinho2- esposo 3-família 4-acompanhante particular 5- casa de outra pessoa 6- outro

C- Avaliação Clínica

21- Modalidade de diálise já realizada

() DP (tempo):_____ () HD (tempo):_____

22-Qual tipo de transplante realizado?

Doador: () vivo relacionado () falecido

Data de transplante: _____

23-Qual foi a causa da Doença Renal?

() glomerulonefrite crônica	() doença cardiovascular
() nefrite túbulo-intersticial	() IRA
() rins policísticos	() hipertensão arterial
() diabetes mellitus tipo 1	() nefrite lúpica
() diabetes mellitus tipo 2	() indeterminado (não especificado)
() pielonefrite crônica	() outro_____

24-Você possui outras doenças?

() insuficiência cardíaca	() neoplasia benigna
() infarto do miocárdio	() catarata
() doença cerebrovascular	() osteopatias
() pericardite	() hepatopatia () HbsAg+; () anti HCV+
() varizes	() hipertensão arterial
() neoplasia maligna	() diabetes mellitus
() doença autoimune	() déficit auditivo
() déficit visual	() outras_____

25-Está tendo acompanhamento psicológico após o transplante?

(0) não (1) sim

26-Teve orientações, informações (individual ou em grupo) sobre o transplante enquanto estava em diálise?

(0) não (1) sim

Descreva:_____

27-Teve orientações, informações (individual ou em grupo) sobre o transplante e tratamento após a realização do mesmo? De qual profissional?

(0) não (1) sim

Descreva:_____

28-Usa eritropoetina atualmente?

(0) não (1) sim, há quanto tempo _____anos e _____meses

29- Volume de diurese? _____ ml/24h

30- Tem rejeição do rim enxertado?

(0) não (1) sim. Tipo _____

31- Faz uso de medicamentos?

(0) não (1) sim,quais?_____

32- Tem se sentido mal com o uso dessas medicações?

(0) não (1) sim, o que está sentindo?_____

33- Após o transplante, sua rotina de vida mudou?

(0) não (1) sim, o que mudou?_____

APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

NOME DA PESQUISA: Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos em pacientes transplantados renais.

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Enfa. Janaína Guerra Gonçalves e Profa.Dra.Luciana Kusumota.

INSTITUIÇÃO PROMOTORA DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP.

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos realizando uma pesquisa com pacientes que possuem a mesma doença que o Senhor(a), a insuficiência renal crônica e que também realizaram Transplante Renal, pois queremos saber mais sobre as suas vidas. Sabemos que muitas situações da vida podem mudar com essa doença e o tratamento, como por exemplo o estado de saúde, o trabalho e as relações com a família e amigos. Essas mudanças podem influenciar nas suas qualidades de vida.

Os objetivos dessa pesquisa são conhecer os pacientes com Doença Renal Crônica após transplante renal em relação a idade, cor, sexo, estado civil, renda, escolaridade, história de saúde e doença e o transplante; e avaliar a Qualidade de vida relacionada a saúde e os sintomas depressivos nesses pacientes. A realização dessa pesquisa poderá contribuir com os profissionais de saúde no atendimento aos pacientes como o Senhor(a).

Dessa forma, necessitamos realizar uma entrevista e gostaríamos de pedir sua colaboração para responder às questões contidas nos questionários. A entrevista será realizada pelos pesquisadores e levará cerca de 30 minutos do seu tempo. Precisaremos também consultar seus últimos resultados de exames laboratoriais realizados nessa instituição, que se encontram na evolução clínica de seus registros.

Asseguramos que o(a) senhor(a) não será identificado após responder às perguntas, a sua identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e divulgação dos resultados da pesquisa.

Esta pesquisa não oferece riscos ou desconforto para você, nem mesmo prejuízo no seu seguimento nesta instituição de saúde.

Solicito, sua autorização, enquanto participante desta pesquisa, para divulgação do conteúdo de sua entrevista, o que muito contribuirá para a realização deste trabalho.

As informações fornecidas serão utilizadas para fins de pesquisa científica. Sua participação nesta pesquisa não lhe trará despesas, gastos ou danos e nem mesmo nenhuma gratificação.

O (a) senhor (a) terá total liberdade para se recusar a participar da pesquisa, deixar de responder questões, podendo inclusive, retirar-se da mesma em qualquer etapa e isso não lhe causará nenhum prejuízo.

Poderá, também pedir novos esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento se achar necessário através do endereço abaixo.

Muito obrigada pela atenção,

Janaína Guerra Gonçalves

Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Endereço: Rua Bernardino de Campos, n 511, apto:80.

Telefone: (16) 91657165

E-mail: janaina.goncalves@usp.br

Janaína Guerra Gonçalves
COREN SP 188275

Luciana Kusumota
COREN SP 007373

Nome completo: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

ANEXOS

ANEXO I- SF-36

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

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

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

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

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

3.Os seguintes itens são sobre atividade que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? neste caso, quanto?

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

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

	SIM	NÃO
a.Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b.Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c.Esteve limitado no seu tipo trabalho ou em outras atividades?	1	2
d.Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades(por ex: necessitou de um esforço extra)?	1	2

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

	SIM	NÃO
a.Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2

b.Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c.Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

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

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

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

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

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

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

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

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a.Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b.Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c.Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d.Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e.Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f.Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g.Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h.Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i.Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10.Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais

interferiram com suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

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

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

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsas	Definitivamente falsa
a.Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b.Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c.Eu acho que minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d.Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

ANEXO II- Inventário de Depressão de Beck

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

- 1.0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
- 2.0 Não estou especialmente desanimado quanto o futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
- 3.0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
- 4.0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
- 5.0 Não me sinto especialmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.
- 6.0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que vou ser punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.
- 7.0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 - 2 Estou enojado de mim.
 - 3 Eu me odeio.
- 8.0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 - 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
- 9.0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 - 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10.0 Não choro mais que o habitual.
 - 1 Choro mais agora do que costumava.
 - 2 Agora, choro o tempo todo.
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
- 11.0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
 - 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
 - 2 atualmente me sinto irritado o tempo todo.
 - 3 absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
- 12.0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
 - 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
 - 2 perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 13.0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
 - 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
 - 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
 - 3 Não consigo mais tomar decisões.

- 14. 0** Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
- 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
 - 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 - 3 Considero-me feio.
- 15.0** Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
 - 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
 - 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16. 0** Durmo tão bem quanto de hábito.
- 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
 - 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
 - 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 17.0** Não fico mais cansado que de hábito.
- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
 - 2 Sinto-me cansado no fazer quase qualquer coisa.
 - 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18.0** Meu apetite não está pior do que de hábito.
- 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
 - 2 Meu apetite está muito pior agora.
 - 3 Não tenho mais nenhum apetite.
- 19.0** Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
- 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
 - 2 Perdi mais de 5,0 Kg.
 - 3 Perdi mais de 7,5 Kg.
- Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()
- 20. 0** Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
- 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
 - 2 Estou muito preocupado com os problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
 - 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
- 21. 0** Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
- 1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
 - 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
 - 3 Perdi completamente o interesse por sexo

ANEXO III

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 081/2011

Ribeirão Preto, 07 de abril de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 07 de abril de 2011.

Protocolo: nº 1271/2011

Projeto: Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos em pacientes transplantados renais.

Pesquisador: Luciana Kusumota
Janaína Guerra Gonçalves

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Luciana Kusumota

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP