CÍCERO ITALO LEITE BEZERRA

**O paciente renal crônico e a escolha do método dialítico: uma análise
da influência de ansiedade, estresse e depressão**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Ciências

Programa de Nefrologia
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosilene Motta Elias

SÃO PAULO

2017

CÍCERO ITALO LEITE BEZERRA

**O paciente renal crônico e a escolha do método dialítico: uma análise
da influência de ansiedade, estresse e depressão**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Ciências

Programa de Nefrologia
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosilene Motta Elias

SÃO PAULO

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Bezerra, Cícero Itálo Leite

O paciente renal crônico e a escolha do método dialítico : uma análise da influência de ansiedade, estresse e depressão / Cícero Itálo Leite Bezerra. -- São Paulo, 2017.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Nefrologia.

Orientadora: Rosilene Motta Elias.

Descritores: 1.Doença renal crônica 2.Escolha do método dialítico 3.Ansiedade 4.Estresse 5.Depressão 6.Diálise peritoneal 7.Hemodiálise

USP/FM/DBD-528/17

DEDICATÓRIA

**Para Josinaldo Costa, que entendeu, acreditou, confiou, torceu e
mostrou que sonhos são possíveis.**

AGRADECIMENTOS

O caminho da pós-graduação pode ser, não raras as vezes, árduo. Ao longo dessa jornada, encontrei pessoas que fizeram com que a realização desse sonho fosse possível. A todos os que colaboraram, direta ou indiretamente, para a finalização dessa dissertação, registro os meus sinceros agradecimentos, em especial:

À Dr.^a Rosilene Motta Elias, orientadora e grande incentivadora desse projeto, por guiar todos os meus passos até aqui. Sinto-me imensamente grato pelo cuidado, atenção e dedicação. Por compartilhar comigo os conhecimentos que iluminaram o meu percurso e que, invariavelmente, continuarão a ser luz em minha trajetória. Minha admiração pela pessoa incrível, humana, humilde, sábia. Meu grande respeito pela exímia profissional médica e pesquisadora. Que possamos caminhar juntos rumo a novas experiências e aprendizados.

A minha família e amigos pessoais, pelo incentivo constante e por estarem sempre tão presentes.

Aos colegas que comigo caminharam durante a etapa de pós-graduação, Thalita, Valéria, Sirlei, Raquel, Bruno e Vitor, pelo amparo e incentivo nas horas mais decisivas. Foi um prazer caminhar ao lado de vocês.

A Glauce Rejane, psicóloga do HCFMUSP, pelo apoio desde o princípio.

A Eliana e Pedro, funcionários da secretaria da Disciplina de Nefrologia, pelo imenso suporte e orientação desde o primeiro dia.

Às colegas enfermeiras Keisy e Isis, por colaborarem com essa pesquisa e com a iniciativa brilhante de educação em diálise.

A Monica Canova, colaboradora do AMO, por tamanha dedicação ao que faz e por estar sempre tão aberta a ajudar.

Às assistentes sociais Maria Rosa e Regina Steiger, por possibilitar que boa parte desta pesquisa fosse viabilizada. Minha gratidão pelo apoio, atenção e primoroso trabalho.

À Disciplina de Nefrologia, representada de forma magistral pelos seus titulares Prof. Dr. Roberto Zatz e Prof.^a Dr.^a Irene de Lourdes Noronha, pelo fomento da excelência científica e acadêmica que sempre foram modelo.

Ao Programa de Pós-Graduação da Disciplina de Nefrologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na pessoa do Prof. Dr. Emmanuel de Almeida Burdmann, pela oportunidade inigualável e suporte acadêmico essencial.

A todos os pacientes que fizeram parte deste estudo, pela contribuição, paciência e confiança a cada novo passo dado. Minha gratidão mais sincera.

“Não precisamos de magia para transformar nosso mundo; todos já temos dentro de nós o poder de que precisamos.”

J.K. Rowling

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de figuras

Lista de tabelas

Lista de abreviaturas

Lista de símbolos

Resumo

Abstract

1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Métodos dialíticos.....	3
1.1.1 Diálise Peritoneal.....	3
1.1.2 Hemodiálise	5
1.2 O processo de escolha do método dialítico.....	7
1.3 Ansiedade, depressão e estresse no paciente renal crônico	11
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 PACIENTES E MÉTODOS	18
3.1 Amostragem e cálculo de poder	18
3.1.1 Recrutamento.....	18
3.1.2 Participantes.....	18
3.1.3 Critérios de inclusão dos pacientes.....	19
3.1.4 Critérios de exclusão dos pacientes	19
3.1.5 Análise crítica dos riscos envolvidos.....	19
3.2 Coleta de dados clínicos	19
3.3 Protocolo.....	20
3.3.1 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).....	21
3.3.2 Escala de Estresse Percebido (PSS).....	21
3.3.3 Questionário de fatores pessoais que influenciam na escolha do método dialítico	22
3.4 Análise estatística	22
3.5 Aspectos éticos	23
3.5.1 Ética.....	23

4	RESULTADOS	25
4.1	Caracterização da amostra	25
4.2	Níveis de ansiedade e depressão durante escolha do método dialítico.....	27
4.2.1	Comparando ansiedade e depressão entre os sexos feminino e masculino .	29
4.2.2	Comparando ansiedade e depressão entre os métodos: diálise peritoneal vs. hemodiálise	30
4.3	Níveis de estresse durante escolha do método dialítico.....	32
4.3.1	Comparando estresse entre os sexos: feminino vs. masculino	32
4.3.2	Comparando estresse entre os métodos: diálise peritoneal vs. hemodiálise	33
4.4	Correlação entre escores de ansiedade, depressão e estresse.....	34
4.5	Avaliação após início da terapia dialítica	36
4.6	Avaliando os fatores pessoais que interferem na escolha do método dialítico	38
5	DISCUSSÃO.....	44
6	CONCLUSÕES.....	52
7	ANEXOS.....	54
8	REFERÊNCIAS.....	60
	APÊNDICES	67

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação da DRC de acordo com a TFG e albuminúria	1
Figura 2 - Fluxograma da coleta de dados do estudo.....	20
Figura 3 - Escores de ansiedade, obtidos com a escala HADS, entre os indivíduos da amostra.....	28
Figura 4 - Escores de depressão, obtidos com a escala HADS, entre os indivíduos da amostra.....	28
Figura 5 - Escores de ansiedade, obtidos com a escala HADS, de acordo com o sexo.	29
Figura 6 - Escores de depressão, obtidos com a escala HADS, de acordo com o sexo.	30
Figura 7 - Escores de ansiedade, obtidos com a escala HADS, de acordo com o método dialítico.	31
Figura 8 - Escores de depressão, obtidos com a escala HADS, de acordo com o método dialítico.	31
Figura 9 - Escores de estresse obtidos com a escala de estresse percebido, entre os indivíduos da amostra.	32
Figura 10 -Escore de estresse, obtidos com a escala PSS, de acordo com o sexo.	33
Figura 11 -Escore de estresse percebido, de acordo com o método dialítico escolhido pelo paciente.	34
Figura 12 -Correlação linear entre escores de ansiedade e depressão obtidos com HADS.	34
Figura 13 -Correlação linear entre escores de ansiedade obtidos com HADS e estresse percebido obtidos com PSS.	35
Figura 14 -Correlação entre escores de depressão obtidos com HADS e estresse percebido obtidos com PSS.	35
Figura 15 -Escore de ansiedade obtidos com HADS, de acordo com o momento de abordagem.	36
Figura 16 -Escore de depressão obtidos com HADS, de acordo com o momento de abordagem.	37
Figura 17 -Escore de estresse percebido obtidos com PSS, de acordo com o momento de abordagem.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características clínicas, demográficas e sociais dos pacientes	25
Tabela 2 - Características laboratoriais dos pacientes	26
Tabela 3 - Causas primárias de DRC	27
Tabela 4 - Fatores pessoais que levaram à escolha do método dialítico.....	38
Tabela 5 - Fatores pessoais pelos quais o paciente não escolheu outro método dialítico	40
Tabela 6 - Fatores pessoais que levaram à escolha do método dialítico, de acordo com o sexo	40
Tabela 7 - Fatores pessoais pelos quais o paciente não escolheu outro método dialítico, de acordo com o sexo	41

LISTA DE ABREVIATURAS

AMO	Ambulatório Multidisciplinar de Orientações
CAPD	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
CKD-EPI	Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration Study
DP	Diálise Peritoneal
DPA	Diálise Peritoneal Automática
DRC	Doença Renal Crônica
DRPAD	Doença Renal Policística Autossômica Dominante
EUA	Estados Unidos da América
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HD	Hemodiálise
MDRD	Modification of Diet in Renal Disease Study
PSS	Escala de Estresse Percebido
PTH	Paratormônio
QFPIEMD	Questionário de Fatores Pessoais que Interferem na Escolha do Método Dialítico
SUS	Sistema Único de Saúde
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva

LISTA DE SÍMBOLOS

g/dL	Gramas por decilitro
g/L	Gramas por litro
L	Litro
m ²	Metro cuadrado
mg/dL	Miligramas por decilitro
min	Minuto
mL	Mililitro
mmol/L	Milimol por litro
ng/mL	Nanogramas por mililitro
pg/dL	Picogramas por decilitro
%	Porcentagem

Bezerra CIL. O paciente renal crônico e a escolha do método dialítico: uma análise da influência de ansiedade, estresse e depressão [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A necessidade de diálise e a mudança iminente no estilo e qualidade de vida são grandes responsabilidades depositadas nos pacientes com doença renal crônica (DRC) em processo de escolha do método dialítico. Alguns dos temas mais frequentemente implicados na escolha de um ou outro método dialítico são depressão, ansiedade e estresse. Nos pacientes renais crônicos pré-dialíticos ainda não foi evidenciado se a ansiedade está associada a desfechos clínicos, tais como início da diálise, hospitalizações ou morte. Tem-se sugerido que a depressão afeta os desfechos clínicos em pacientes com DRC pré-dialítica, podendo impactar no estado nutricional e na redução da observância da diálise prescrita. O estresse é um fator muito comum em indivíduos com uma doença de longa duração, incluindo aqueles com DRC. Altos níveis de estresse podem ter um impacto nos resultados psicológicos e clínicos, além de contribuir para os comportamentos de saúde, como as preferências pelo método dialítico. **MÉTODOS:** Este é um estudo observacional prospectivo no qual 67 pacientes foram abordados em dois momentos: durante primeira consulta no Ambulatório Multidisciplinar de Orientações do serviço de Nefrologia HC-FMUSP e, depois, no período entre 1 e 3 meses após o início da diálise. Foram utilizados os instrumentos Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), Escala de Estresse Percebido (PSS) e Questionário de fatores pessoais que interferem na escolha do método dialítico, instrumento elaborado pelo autor. Características demográficas e clínicas também foram avaliadas. **RESULTADOS:** A média de idade foi de 59 ± 15 anos, em sua maioria homens (53,7%), brancos (59,7%) e casados (57,8%). As principais comorbidades foram HAS (83,6%) e DM (42,6%). As principais causas de DRC foram nefroesclerose (26,9%) e nefropatia diabética (22,4%). A média de eGFR por CKD-EPI foi 16 ± 7 . As medianas de escores de ansiedade, depressão e estresse foram, respectivamente, de 6 (4/10), 9 (5/12) e 30 (21/35). A partir dos valores de corte estabelecidos, 34,3% dos indivíduos foram considerados “com ansiedade” e 52,2% “com depressão”. A comparação de escores de ansiedade revela não haver diferença entre homens e mulheres ($p = 0,136$), havendo, porém, tendência de maiores escores de depressão entre mulheres ($p = 0,074$) e de estresse entre homens ($p = 0,081$). Não foram observadas diferenças nos escores de ansiedade ($p = 0,556$), depressão ($p = 0,467$) e estresse ($p = 0,971$) entre grupos DP e HD. Houve correlação positiva entre ansiedade e depressão ($r^2 = 0,574$, $p < 0,0001$), ansiedade e estresse ($r^2 = 0,555$, $p < 0,0001$) e depressão e estresse ($r^2 = 0,521$, $p < 0,0001$). Após início da terapia dialítica, foram observadas reduções significativas nos escores de ansiedade ($p < 0,0001$), depressão ($p < 0,0001$) e estresse ($p < 0,0001$). Os motivos relacionados à família são os que mais influenciaram na escolha do método (32,8%, $p = 0,165$). A incompatibilidade com a rotina pessoal/de trabalho foi o principal motivo para não escolha do outro método dialítico (26,9%). **CONCLUSÕES:** Embora o processo de tomada de decisões na escolha do método dialítico esteja associado a altos escores de ansiedade, depressão e estresse, tais sintomas são atenuados de forma significativa após o início da terapia dialítica. Escores de ansiedade, depressão e estresse não foram determinantes na escolha do método dialítico.

Descritores: doença renal crônica; escolha do método dialítico; ansiedade; estresse; depressão; diálise peritoneal; hemodiálise.

Bezerra CIL. Chronic kidney disease patient and the dialysis modality choice: an analysis of the influence of anxiety, stress and depression [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2017.

ABSTRACT

BACKGROUND: The need for dialysis and the imminent change in style and quality of life are great responsibilities deposited in patients with chronic kidney disease (CKD) in the process of choosing the dialysis modality. Some of the issues most often involved in choosing one or another dialytic method are depression, anxiety, and stress. In pre-dialysis CKD patients, it has not yet been shown whether anxiety is associated with clinical outcomes such as initiation of dialysis, hospitalization, or death. It has been suggested that depression affects clinical outcomes in patients with predialytic CKD, which may impact nutritional status and reduce adherence to prescribed dialysis. Stress is a very common factor in individuals with a long-term illness, including those with CKD. High levels of stress can have an impact on psychological and clinical outcomes, as well as contribute to health behaviors such as dialysis preferences. **METHODS:** This is a prospective observational study in which 67 patients were approached in two moments: during the first visit at the Dialysis Education Program of the HC-FMUSP Nephrology Service and then in the period between 1 and 3 months after the initiation of the dialysis. We used the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Perceived Stress Scale (PSS) and Survey on personal factors that affects the choice of the dialysis method, an instrument developed by the author. Demographic and clinical characteristics were also evaluated. **RESULTS:** The mean age was 59 ± 15 years, mostly men (53.7%), caucasian (59.7%) and married (57.8%). The main comorbidities were hypertension (83.6%) and DM (42.6%). The main causes of CKD were nephrosclerosis (26.9%) and diabetic nephropathy (22.4%). The mean eGFR by CKD-EPI was 16 ± 7 . Median anxiety, depression and stress scores were, respectively, 6 (4/10), 9 (5/12) and 30 (21/35). According to the established cutoff values, 34.3% of the individuals were considered "with anxiety" and 52.2% "with depression". The comparison of anxiety scores revealed no difference between men and women ($p=0.136$), but there was a tendency for higher depression scores among women ($p=0.074$) and stress among men ($p=0.081$). There were no differences in anxiety scores ($p=0.556$), depression ($p=0.467$) and stress ($p=0.971$) between DP and HD groups. There was a positive correlation between anxiety and depression ($r^2 = 0.574$, $p<0.0001$), anxiety and stress ($r^2 = 0.555$, $p<0.0001$) and depression and stress ($r^2 = 0.521$, $p<0.0001$). After initiation of dialysis therapy, significant reductions in anxiety scores ($p<0.0001$), depression ($p<0.0001$) and stress ($p<0.0001$) were observed. The reasons related to the family were the ones that influenced the choice of the method (32.8%, $p=0.165$). The incompatibility with the personal / work routine was the main reason for not choosing the other dialytic method (26.9%). **CONCLUSION:** Although the decision-making process in the dialysis modality choice is associated with high anxiety, depression and stress scores, such symptoms are significantly attenuated after the initiation of dialysis therapy. Anxiety, depression, and stress scores were not determinant in the choice of dialysis method.

Descriptors: chronic kidney disease; dialysis modality choice; anxiety; stress; depression; peritoneal dialysis; hemodialysis.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida como uma anormalidade na estrutura ou função renal por um período superior a três meses, com implicações para a saúde (1). Com base nessa definição, é portador de DRC qualquer indivíduo que apresente taxa de filtração glomerular (TFG) $<60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ ou TFG $>60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (proteinúria, por exemplo) por um período maior que três meses (1).

Essa definição estabelece ainda o grau de comprometimento renal, classificando a DRC em cinco estágios, com base na causa e nas categorias de TFG, além da albuminúria. A DRC estágio 1 pode ser descrita como uma TFG normal ou aumentada ($\geq 90 \text{ mL/min/1,73m}^2$), com outras evidências de lesão renal. A DRC estágio 2 pode ser definida como um leve decréscimo da TFG ($60\text{-}89 \text{ mL/min/1,73m}^2$), com outras evidências de dano renal. A DRC estágio 3 é uma redução moderada da TFG – não sendo necessárias outras evidências de lesão renal – e se subdivide em 3a (TFG $45\text{-}59 \text{ mL/min/1,73m}^2$) e 3b ($30\text{-}44 \text{ mL/min/1,73m}^2$). A DRC estágio 4 se caracteriza como uma diminuição severa da TFG ($15\text{-}29 \text{ mL/min/1,73m}^2$), com ou sem outras evidências de dano renal. A DRC estágio 5 é uma falência renal estabelecida, com TFG $<15 \text{ mL/min/1,73m}^2$ (1). A Figura 1 mostra uma representação gráfica desta classificação.

Figura 1 - Classificação da DRC de acordo com a TFG e albuminúria

Prognóstico de DRC de acordo com a categoria do RFG e a albuminúria: KDIGO 2012				Categorias de albuminúria persistente Descrição e intervalos		
				A1	A2	A3
				Normal a levemente aumentada $< 30 \text{ mg/g}$ $< 3 \text{ mg/mmol}$	Moderadamente aumentada $30\text{-}300 \text{ mg/g}$ $3\text{-}30 \text{ mg/mmol}$	Gravemente aumentada $> 300 \text{ mg/g}$ $> 30 \text{ mg/mmol}$
Categorias de RFG (mL/min/1,73m ²) Descrição e intervalo	E1	Normal ou alto	≥ 90			
	E2	Levemente diminuído	$60\text{-}89$			
	E3a	Leve a moderadamente diminuído	$45\text{-}59$			
	E3b	Moderado a extremamente diminuído	$30\text{-}44$			
	E4	Extremamente diminuído	$15\text{-}29$			
	E5	Doença renal terminal	≤ 15			

Fonte: Adaptado de KDIGO 2012

A partir dessa definição, evidenciou-se que a DRC é um problema muito mais frequente do que se havia estimado, tendo sido associada a altas taxas de morbimortalidade (2). Tida como um problema global de saúde, a DRC sobrecarrega os sistemas de saúde, gera um grande impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes e causa milhões de mortes (3). Dados do estudo *2010 Global Burden of Disease* (4) mostram que a DRC ocupa a 18ª posição na lista de causa de mortes no mundo (4). Especialmente nas Américas Central e Latina, a DRC é responsável pela quinta maior causa de morte. Na porção central da América do Sul, a mortalidade por DRC aumentou cerca de 350% em 20 anos (3-5).

Os índices de incidência e prevalência da DRC variam substancialmente entres países e regiões do mundo (5). As taxas de incidência se aproximam dos 200 casos por milhão de pessoas por ano em vários países. Nos Estados Unidos da América (EUA), Taiwan e México, tais índices estão em torno de 400 casos por milhão de pessoas, com rápido aumento entre indivíduos mais idosos (6). A prevalência da DRC entre adultos não institucionalizados dos EUA atingiu o platô de 13,7% (7). Um estudo recente mostra que, na Europa, a prevalência da DRC nos estágios de 1 a 5 varia entre 3,3% e 17,3%. Quando ajustados para os estágios de 3 a 5, os dados de prevalência da DRC na China, por exemplo, variam entre 1,1% e 3,8% (8). No Brasil, um estudo com dados coletados em 2009 revelou que a prevalência e a incidência de DRC em estágio 5 correspondiam, respectivamente, a cerca de 405 e 144 por milhão na população (9). Uma análise dos dados laboratoriais de adultos sugere que cerca de 2,9 milhões de brasileiros teriam um terço ou menos da TFG dos indivíduos normais (10).

A progressão da DRC pode, potencialmente, levar ao seu último estágio, requerendo uma terapia renal substitutiva (TRS) (11). Estima-se que, a cada ano, 3.200.000 pessoas evoluem para o estágio 5 da DRC sem iniciar a TRS, enquanto 440.000 pessoas nesse estágio da doença iniciam a terapia substitutiva (3, 12). De acordo com o Censo Brasileiro de Diálise de 2016, estima-se que 122.825 pacientes realizam diálise, equivalendo a uma prevalência de 596 pacientes por milhão de pessoas. O número absoluto de pacientes em diálise crônica apresentou aumento de 31,5 mil pacientes nos últimos 5 anos, com aumento anual médio de 6,3% no número de pacientes nos últimos 5 anos. A estimativa do número de pacientes que iniciaram o tratamento dialítico em 2016 no Brasil foi de 39.714, correspondendo a uma taxa de incidência de 193 pacientes por milhão de pessoas (13).

O impacto que a DRC exerce nos custos dos sistemas de saúde é grande em todo o mundo. Nos EUA, apenas em 2012, aproximadamente 28 bilhões de dólares foram gastos com os pacientes em diálise, independente do método (14). Apesar de não termos dados exatos a respeito dos custos envolvidos na diálise crônica, o Inquérito Brasileiro de Diálise nos mostra que o tratamento de cerca de 76% dos pacientes em diálise crônica é custeado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que geraria grande impacto financeiro ao sistema de saúde nacional (13).

Como parte da terapia renal substitutiva, e para a sobrevivência a longo prazo, são oferecidos o transplante renal ou a diálise (15). Apesar do transplante oferecer maior expectativa e qualidade de vida (16), a elegibilidade para essa cirurgia é restrita pelo estado de saúde do paciente e pela baixa disponibilidade de doadores (15). Diretrizes dos EUA, Canadá, Europa e Austrália apresentam consenso ao preconizarem que diferentes opções de modalidade dialítica devem ser oferecidas aos pacientes com DRC avançada, bem como fornecer educação para apoiá-los na escolha do método dialítico que melhor reflita a sua realidade, valores e necessidades (17, 18).

1.1 Métodos dialíticos

As opções de TRS disponíveis no Brasil são diálise – representada pela diálise peritoneal (DP) e hemodiálise (HD) – e transplante renal, sendo a diálise a opção mais comum no mundo inteiro (19). Baseado na escolha do método, deve-se providenciar um acesso (cateter peritoneal, em caso de diálise peritoneal; ou um acesso vascular, em caso de hemodiálise) ou um encaminhamento para a equipe de transplante, que irá avaliar condições de possíveis doadores renais.

1.1.1 Diálise Peritoneal

A DP é uma terapia bem aceita para a DRC dialítica (estágio 5D), tanto em sua modalidade ambulatorial contínua (CAPD) quanto na modalidade automática (DPA). Desde a introdução da CAPD em 1977, o seu uso se difundiu rapidamente em todo o mundo graças a sua eficácia, simples manejo e capacidade de oferecer aos pacientes com DRC5D a habilidade de realizar o tratamento sem a necessidade de grande número de profissionais de saúde ou máquinas de diálise (20).

Atualmente, o sistema de DP com duas bolsas é o mais utilizado. Nele temos uma bolsa vazia para drenagem e uma bolsa com nova solução de diálise já conectada a um sistema de tubos em forma de Y. Com esse sistema, o paciente faz apenas uma conexão por troca de banho de diálise. O sistema de diálise pode ter modificações conforme o fabricante, particularmente no passo-a-passo da conexão. Porém, não há evidência conclusiva sobre em qual sistema de conexão em particular os resultados são superiores. Por outro lado, vários estudos randomizados controlados demonstraram claramente que há redução nos índices de peritonite com o uso dos sistemas de duas bolsas (20).

As máquinas que realizam a DPA – cicladoras – estão disponíveis desde a década de 1960, embora inicialmente a diálise tenha sido majoritariamente intermitente e oferecida quase exclusivamente nos hospitais. Os avanços tecnológicos possibilitaram que as cicladoras se tornassem mais seguras, portáteis, leves e fáceis de manusear do que as antigas máquinas. Em consequência, a DPA se tornou mais popular, sendo atualmente uma terapia diária muito comum para uso domiciliar. O uso da DPA tem crescido consideravelmente em todo o mundo, sendo mais comum até mesmo que a CAPD em alguns países. A escolha pela DPA chega a 36% entre os pacientes dos EUA, 16% na Europa e apenas 5,6% no Brasil (13, 20). No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC-FMUSP), atualmente 92% dos pacientes estão em DPA.

Uma das vantagens que a DPA tem sobre a CAPD é a sua capacidade de proporcionar maior ultrafiltração, principalmente para pacientes com perfil de membrana peritoneal do tipo transporte rápido. Neste caso, um maior número de ciclos com menor tempo de permanência proporciona maior retirada de volume. Os pacientes que realizam DPA recebem de 3 a 7 ciclos de 1,5 a 3L em cerca de 9 a 10 horas durante a noite, com períodos de permanência que podem durar de 45 minutos a 3 horas, de acordo com a prescrição médica (20). Quando comparada à HD convencional, a DP apresenta vantagens, tais como oferecer maior efetividade de custo (19), preservar a função renal residual e proporcionar maior qualidade de vida ao paciente (21). Apesar das vantagens aparentes, a DP continua apresentando pouco índice de escolha entre os pacientes, com eventual declínio em muitos países desenvolvidos desde a metade dos anos 90 (19). Possivelmente o incentivo econômico governamental, o baixo suporte

familiar e a pouca experiência do médico/serviço fazem com que a DP seja pouco oferecida efetivamente.

Dados do Censo Brasileiro de Diálise corroboram esse fato ao mostrar que no Brasil, apenas 8,6% dos pacientes em diálise crônica realizam DP, enquanto que HD é o método escolhido por 91,4% dos pacientes renais crônicos dialíticos (13). Diante desse panorama, após análises sobre as razões que levam os pacientes a escolherem o método dialítico, acredita-se que temas não-médicos contribuam significativamente para as disparidades nos índices de escolha entre DP e HD (22).

Apesar das preferências pessoais no processo de escolha do método dialítico, os pacientes que escolhem DP devem ser elegíveis a essa modalidade (19). Os principais critérios de inelegibilidade são condição de saúde/diagnóstico médico, ambiente físico/social, procedimentos médicos passados/atuais/futuros, limitação funcional, problemas cognitivos/mentais e suporte familiar/social (18). A experiência de cada centro, porém, pode superar algumas destas dificuldades e, ainda assim, realizar a DP.

Estudos anteriores mostram que níveis socioeconômicos mais baixos estão associados a menor uso de DP (19, 23-25). Em pacientes com níveis socioeconômicos mais baixos, as barreiras específicas mais comuns para a escolha da DP são: espaço limitado na residência, falta de apoio (família e outros) e conhecimento reduzido (19). Em áreas com níveis socioeconômicos mais baixos, os pacientes podem também ter menor acesso ao cuidado pré-dialítico e educação em modalidades de diálise (26). Interessante notar, porém, que os níveis educacional e econômico da família do paciente não foram associados a pior qualidade de vida entre os pacientes em DP, em dados obtidos de um grande estudo prospectivo no Brasil, o BRAZPD (27). Portanto, estes fatores não devem ser considerados como barreiras à esta técnica de diálise.

1.1.2 Hemodiálise

A HD é um tratamento de suporte de vida sem a qual mais de um milhão de pacientes em todo o mundo iria morrer, a maioria dentro de algumas semanas. Esta dependência de um dispositivo extracorpóreo de sangue destaca a necessidade de uma compreensão aprofundada de todos os aspectos da HD, incluindo as reações humanas a ela. A maioria dos pacientes nos EUA assim como no Brasil inicia o tratamento

dialítico com HD convencional, em três sessões semanais de quatro horas de duração cada (20).

Sugere-se que pacientes iniciem HD com uma sessão mais curta que a habitual (2 a 3 horas) e dialisador de baixo fluxo, com baixo fluxo de dialisato e de sangue, que são aumentados progressivamente em um período de 2 a 3 dias até atingirem parâmetros padrões considerados adequados de diálise (fluxo de sangue entre 350 a 400 ml/min, tempo 4 horas e tamanho de capilar de acordo com a superfície corpórea)). Com um tempo de preparação adequado, os pacientes podem iniciar a terapia em centros de diálise, sem a necessidade de hospitalização para as suas sessões iniciais (20, 28).

A sobrevivência dos pacientes em HD nos EUA tem melhorado lentamente nos últimos 20 anos, apesar do número crescente de comorbidades. As principais causas de mortalidade são doença cardiovascular e infecção, porém, ainda não está bem claro se o meio urêmico, doenças coexistentes ou até mesmo a própria diálise podem ser levadas em consideração nas altas taxas de mortalidade. A expectativa de vida dos pacientes em HD é marcadamente menor se comparada à população geral (20).

Em qualquer idade, os pacientes em HD têm mortalidade significativamente maior quando comparados com transplantados e pessoas que não necessitam de diálise. Uma pessoa saudável, aos 60 anos, tem expectativa de vida de 21 anos, mas, entre os pacientes sexagenários que iniciam HD, a expectativa de vida é próxima a 4 ou 5 anos. Além disso, 24% das mortes entre pacientes tratados com HD nos EUA ocorreram após saída voluntária da diálise (20).

O cuidado multidisciplinar requerido antes do início da terapia hemodialítica e o encaminhamento precoce ao nefrologista são importantes. Alguns estudos demonstraram maiores taxas de hospitalização, morbidade e mortalidade quando o encaminhamento do paciente ao nefrologista é tardio. Também foi documentado que o tempo do encaminhamento traz diferenças significativas no tipo de diálise e nos custos médicos envolvidos durante o tratamento (28, 29).

O encaminhamento precoce do paciente com DRC pré-dialítica ao nefrologista tem recebido mais atenção na última década. Os benefícios do encaminhamento precoce podem ser atribuíveis ao reconhecimento de causas reversíveis, manejo especializado e preparo satisfatório do paciente através da educação relacionada às modalidades de diálise. Acima de tudo, o preparo do acesso para diálise e o melhor início possível da diálise parecem ser particularmente importantes (29).

1.2 O processo de escolha do método dialítico

Historicamente, os fatores que determinavam a opção pelo método dialítico eram a disponibilidade do tratamento, as preferências do médico e as indicações médicas. Apenas muito recentemente as preferências dos pacientes e seus familiares foram encorajadas pelas diretrizes no processo de tomada de decisão para a escolha da modalidade de diálise (30). Na última década houve um crescente interesse nos fatores que influenciam a escolha do método dialítico entre pacientes com DRC. O cuidado centrado no paciente tem sido enfatizado pelos provedores e profissionais de saúde, o que tem levado pesquisadores a incluir em suas prioridades de pesquisa as perspectivas dos pacientes e seus cuidadores no processo de escolha do método dialítico (31).

A necessidade de diálise e a mudança iminente no estilo e qualidade de vida são grandes responsabilidades depositadas nos pacientes em processo de escolha do método dialítico. Diante disso, envolver paciente, cuidador e equipe clínica na determinação das prioridades de pesquisa em diálise se mostrou particularmente importante e levou à grande preocupação sobre como o paciente escolhe o método dialítico (31).

Muita atenção tem sido dada recentemente ao questionamento de como os pacientes com DRC pré-dialítica decidem se iniciam seu tratamento com HD ou com DP. Muitos autores argumentam que, se o paciente está envolvido ativamente na decisão a respeito do método dialítico, há uma grande possibilidade de que escolha a DP. A opinião do médico é tida como um fator significativo que afeta a escolha do paciente. Alguns autores apontam um viés na questão da apresentação das opções terapêuticas por meio da equipe médica e multidisciplinar. Talvez uma maneira de minimizar a influência desse viés seja desenvolver programas educacionais padronizados para os pacientes com DRC pré-dialítica (32).

Vários componentes estão envolvidos no processo de escolha do método dialítico, entre eles pacientes, familiares, profissionais de saúde, estruturas socioeconômica e organizacional, necessidades clínicas e preferências dos pacientes. Estudos pregressos concluíram que o estilo de vida e as considerações psicossociais são muito importantes no processo de tomada de decisão a respeito da escolha da modalidade de diálise e que oferecer ao paciente opções significativas para a escolha do método aumenta o seu senso de autonomia, o conforto pessoal durante a escolha e um melhor panorama a respeito dos valores pessoais que afetam a sua escolha (33, 34).

No que se refere à escolha propriamente dita, fatores pessoais desempenham um papel importante na escolha entre DP ou HD (34). A idade é um fator que influencia na escolha, assim como apoio social e nível educacional (35). A escolha do método não depende somente da vontade do paciente. Existem condições médicas que restringem ou que contraindicam uma ou outra modalidade de TRS. Mesmo na ausência de uma condição clínica desfavorável, a escolha do método ainda irá depender de aspectos alheios à vontade do paciente (condições culturais, sociais e de moradia).

De acordo com estudo publicado previamente, as preferências por DP são baseadas em privacidade, liberdade e flexibilidade; enquanto isso, as preferências por HD foram atribuídas a um melhor planejamento de horários, contato social regular e conhecimento prévio a respeito dessa modalidade. Em linhas gerais, os pacientes se mostram menos preocupados com a sua longevidade em uma modalidade específica de diálise, dando maior ênfase ao impacto que cada método dialítico pode causar em sua qualidade de vida. (36)

A comparação entre DP e HD realizada por alguns estudos mostra que a sobrevivência geral do paciente é similar e, portanto, em muitos casos, é a escolha pessoal que determina o método dialítico. Estudo anterior revelou que, entre aqueles que elegem a DP, os principais fatores pessoais associados com a escolha do método dialítico são flexibilidade de horários, comodidade de realizar a diálise em casa, preservação do estilo de vida e possibilidade de permanecer à distância da unidade-satélite (34).

Em contraste, entre os indivíduos que escolhem a HD, a possibilidade de planejamento dos horários e de ter outras pessoas responsáveis pela realização da diálise foram associados à escolha deste método. Tanto para os pacientes que escolhem a DP quanto para aqueles que escolhem a HD, os fatores mais importantes na escolha do método dialítico são a habilidade de conviver com a modalidade escolhida, a adaptação do método ao estilo de vida, a distância entre a residência e a unidade de diálise, bem como as informações orais e escritas fornecidas a respeito de cada método dialítico (34).

O local onde a diálise será realizada (em casa, no hospital ou em clínicas-satélite) é uma das grandes preocupações dos pacientes durante o processo de tomada de decisão. A diálise domiciliar (no Brasil praticamente sinônimo de DP) apresenta várias vantagens em relação à HD em centros de saúde, incluindo menos deslocamentos e não necessitar esperar pelo início de uma sessão de diálise em uma clínica. Os usuários de

diálise domiciliar também podem ser beneficiados pela maior flexibilidade para customizar o regime dialítico ao alterar o horário ou duração das sessões. Entretanto, alguns pacientes e seus cuidadores sentem o peso da responsabilidade pelo autocuidado, enquanto outros podem sentir falta da interação social e apoio da equipe assistencial associada à diálise em centros-satélite. Além disso, a diálise domiciliar pode sobrecarregar os cuidadores, emocional e financeiramente, particularmente se não podem manter o emprego (30).

Enquanto a HD é realizada em centros de terapia renal, a DP é realizada, quase exclusivamente, em casa. A diálise domiciliar requer, portanto, que o paciente e/ou família tenha habilidade cognitiva para aprender a realizar a técnica com segurança, um familiar que possa oferecer o suporte necessário, além de condições domiciliares adequadas, tais como espaço para suprimentos, dificuldade na locomoção até as clínicas de diálise e local ideal para a realização da diálise (15, 19).

Algumas das barreiras para a diálise domiciliar incluem apoio social e físico insuficiente, idade, destreza diminuída, espaço insuficiente para armazenar equipamentos e suprimentos, além das necessidades de adaptações e modificações para tornar possível a realização da diálise na residência. No entanto, muitas dessas barreiras são superadas com planejamento e educação pré-dialítica adequados (37).

A capacidade dos pacientes e seus cuidadores tomarem parte na tomada de decisão a respeito do método dialítico é reforçada pela educação e informação. A incapacidade de compreender informações, bem como a falta de familiaridade com a diálise domiciliar, o desempoderamento na tomada de decisão ou o sentimento de pressão para escolher um método domiciliar de diálise pode conduzir a hesitação e apreensão. As capacidades de sustentar relações, reduzir a irrupção do estilo de vida e maximizar a sobrevivência oferecidas pela diálise domiciliar podem encorajar os pacientes a ganhar confiança no processo de tomada de decisão e escolha por essa modalidade dialítica (37).

As demandas de tempo exercem papel de grande importância no processo de decisão pelo método dialítico, que muitas vezes se resume a uma escolha entre o tratamento diário ou intermitente. Os horários intermitentes dos vários tipos de DP, especialmente a CAPD – com suas múltiplas trocas manuais, são percebidos como mais dispendiosos para pacientes e familiares, apesar de oferecer autonomia e flexibilidade. Em contraste, os horários intermitentes da HD são claramente favorecidos e apelativos,

o que pode explicar seus altos índices de penetração. A DPA oferece liberdade durante o dia, porém alguns pacientes se incomodam com a restrição das atividades noturnas. É imperativo que se explore como o panorama de informações sobre as demandas de tempo e horários dos vários métodos de diálise podem influenciar a preferência do paciente ou levá-lo a decisões rápidas e desinformadas (33).

As decisões em diálise são tomadas no contexto familiar, com pacientes consultando os membros da sua família imediata e, em muitos casos, com membros da família que assumem total responsabilidade pela escolha do método dialítico. Abordar a família, ao invés de apenas o paciente individualmente, como a unidade de cuidado e educação relacionada à diálise é, portanto, de importância preponderante no contexto local. Os resultados de um estudo mostraram que os pacientes e os membros da família avaliam os métodos dialíticos primeiramente pelas oportunidades oferecidas para a manutenção do estilo de vida, pela forma como deverão lidar com as demandas e pelos potenciais riscos envolvidos (33). Mas eles também avaliam suas próprias prioridades e capacidades para desenvolver habilidades e lidar com a responsabilidade crucial do cuidado domiciliar (33).

O processo de tomada de decisão é muito individual e guiado pelo contexto. Isto representa desafios para os prestadores de cuidados em saúde. Abordagens baseadas em valores para aumentar a absorção da diálise domiciliar têm implicações éticas, econômicas e políticas. Em modelos de tomada de decisões informadas as pessoas têm a autonomia para fazer suas próprias deliberações com base nas informações dadas não apenas pelos profissionais de saúde, mas também pela família. Isto implica que os profissionais de saúde devem aceitar a decisão e anular suas próprias concepções pessoais sobre o que consideramos a melhor solução para determinado paciente (38).

Os resultados de alguns estudos com pessoas com doença renal demonstraram que a tomada de decisão do paciente não parece ser fortemente influenciada por fatores que os profissionais de saúde valorizam, como os chamados “alvos clínicos”, a manutenção da pressão arterial e o acesso vascular ideal (38).

O conhecimento a respeito dos fatores associados ao processo de tomada de decisão no tratamento da DRC pode fornecer aos profissionais de saúde um melhor entendimento a respeito das razões pelas quais os pacientes escolhem determinada modalidade (32), as evidências sobre como melhor oferecer programas de educação para os pacientes e suas famílias. Também pode melhorar a comunicação e otimizar o

envolvimento do paciente e sua família no processo de decisão a respeito do método dialítico a ser utilizado (36, 37), assim como maximizar a habilidade do paciente para desenvolver um plano de vida que melhore a sua sobrevida e o prepare para a terapia dialítica (39).

A literatura tem abordado a questão da escolha do método de TRS de forma vaga. Embora o número de pacientes com DRC seja grande, estudos – e dados por eles levantados – a respeito dos fatores que influenciam a preferência por determinado método dialítico ainda são limitados (36). Alguns estudos identificaram os efeitos dos fatores sociais e demográficos como influência na escolha da modalidade de tratamento; alguns estudos qualitativos foram conduzidos a fim de entender as razões por trás da escolha do método; bem como várias análises sistemáticas foram realizadas nessa área (11), porém a gama de dados a respeito dos fatores psicossociais envolvidos no processo de escolha da modalidade terapêutica ainda é reduzida. As variáveis psicossociais não tem sido sistematicamente estudadas, embora alguns dos temas mais frequentemente implicados na escolha de um ou outro método dialítico sejam depressão, ansiedade e estresse (40), que foram objeto de estudo da presente pesquisa clínica.

1.3 Ansiedade, depressão e estresse no paciente renal crônico

A transição da DRC pré-dialítica para a TRS é um evento estressante na vida de um paciente. É cada vez mais aparente que o período de transição e os meses subsequentes são caracterizados pelos desafios de saúde e pelo alto risco de mortalidade. Adicionalmente, é um período com custos de saúde desproporcionais para grande parte dos pacientes (41).

A DRC avançada, como tantas outras doenças crônicas, pode ser controlada, porém, não tem cura. Isso significa que o cuidado em saúde oferecido pela equipe de nefrologia deve ser baseado no gerenciamento dos parâmetros objetivos do risco cardiovascular, do controle dietético e dos impactos da uremia. Também devem ser adotados parâmetros subjetivos, que se referem às opiniões dos pacientes a respeito da sua condição física, funcional, social e emocional, bem como o impacto que a doença e o tratamento tem em suas vidas (40).

Na esfera da cronicidade, tais parâmetros subjetivos são fundamentais ao se avaliar as opções de tratamento disponíveis e a qualidade do ajuste psicológico a uma doença que o paciente terá pelo resto da vida. Está claro que o cuidado médico e farmacológico, *per se*, é insuficiente no cuidado compreensivo dos pacientes com DRC pré-dialítica (40).

Os pacientes renais crônicos pré-dialíticos enfrentam situações e precisam tomar decisões que aumentam sua suscetibilidade a desenvolver ansiedade ou desordens do humor, ou ainda exacerbar qualquer problema psicológico já existente (42). Um dos reflexos dessa maior propensão é o fato de que a ansiedade e a depressão são os dois principais problemas psiquiátricos em pacientes com DRC estágio 5, estando a incidência de depressão atrás apenas da hipertensão como comorbidade nesses pacientes (43, 44). O estresse, por sua vez, é uma consequência inevitável para indivíduos com DRC, podendo ter grande impacto nos desfechos clínicos e psicológicos (45).

Variáveis psicossociais que se tornaram importantes em relação à qualidade de vida dos pacientes renais crônicos são os sintomas de ansiedade e a experiência do estresse (40). Os sintomas de ansiedade muitas vezes coexistem com os sintomas depressivos, sendo também de grande interesse nos pacientes com DRC. Nesse grupo de pacientes, os sintomas de ansiedade podem ser associados com uma piora na qualidade de vida, além de parecerem agravar a relação entre a depressão e a piora na qualidade de vida.

A prevalência da ansiedade varia entre 13 e 50% nos pacientes renais crônicos pré-dialíticos, porém, não é bem conhecida entre aqueles pacientes em estágios iniciais da DRC. Além disso, ainda não foi evidenciado se a ansiedade está associada a desfechos clínicos, tais como início da diálise, hospitalizações ou morte (46). O impacto que a ansiedade tem sobre os pacientes renais crônicos ainda não foi estudado apropriadamente, embora seja claro que os sintomas de ansiedade levam a uma pior qualidade de vida, especialmente quando associada à depressão (47).

A depressão pode ser afetada por alguns fatores sócio-demográficos, assim como pela condição geral do indivíduo, sendo associada a suicídio, fadiga, desordens do sono e dor nos pacientes renais crônicos pré-dialíticos (48). Tem-se sugerido que a depressão afeta os desfechos clínicos em pacientes com DRC pré-dialítica através da modificação das respostas imunológica e de estresse. Ainda, pode impactar no estado nutricional e na redução da observância da diálise prescrita. Estudos sugerem que

citocinas pró-inflamatórias podem mediar as características comportamental e neuroquímica da depressão. Muitos dos mesmos marcadores inflamatórios estão sabidamente desregulados em pacientes com DRC estágio 5, então, talvez exista uma ligação biológica direta entre os níveis aumentados de depressão e doença renal (44).

Alguns indicadores mostram que as pessoas mais deprimidas tendem a ser mais malnutridas. Pacientes deprimidos tem falta de energia/motivação para seguir a prescrição de diálise, ou ainda, pessoas não-aderentes ao tratamento adoecem mais e se tornam mais deprimidas. Nesse cenário, observa-se um ciclo vicioso entre não-aderência e depressão (44).

Apesar da alta incidência de depressão e de suas complicações e impacto na qualidade de vida, poucos estudos com intervenção clínica foram realizados na população de pacientes com DRC. Um possível motivo é que ainda existe uma confusão a respeito do reconhecimento e definição de depressão nesses pacientes (43). Existe uma forte sobreposição entre os sintomas urêmicos e depressivos, o que conduz ao subdiagnóstico dessa doença graças aos sintomas superpostos, tais como anorexia, fadiga, distúrbios do sono, irritabilidade e disfunção cognitiva (43, 49).

O estresse é um fator muito comum em indivíduos com uma doença de longa duração, incluindo aqueles com DRC (38, 50). Altos níveis de estresse podem ter um impacto nos resultados psicológicos e clínicos. A variabilidade em como uma pessoa percebe o estresse e é capaz de enfrentá-lo pode ser influenciada por uma série de fatores, incluindo personalidade, função psicológica, recursos disponíveis e as crenças culturais do indivíduo (43). Ainda existe muito a ser conhecido sobre como os fatores econômicos, sociais e psicossociais podem interagir na DRC. Os estressores e as respostas de enfrentamento associadas à DRC podem contribuir para os comportamentos de saúde, como as preferências pelo método dialítico (50).

Pesquisas demonstraram que os maiores estressores em pacientes com DRC pertencem à classe dos sintomas físicos. Além disso, estudo anterior mostrou que os três principais estressores foram categorizados em fisiológicos, psicológicos e logísticos (51). Um estudo sobre a influência dos estressores na escolha do método dialítico demonstrou que os cinco estressores com as maiores intensidades foram aqueles pertencentes à categoria dos sintomas físicos (fadiga, problemas do sono, pernas inquietas, câimbras musculares e neuropatia periférica). Outros sintomas incluem dor articular, noctúria, atividades físicas limitadas e cansaço. Presumivelmente, tais

sintomas físicos podem ser amenizados por uma grande variedade de intervenções multidisciplinares (38).

É importante que os membros das equipes de saúde renal avaliem a presença e severidade dos sintomas físicos como parte integrante do cuidado do paciente. Os indivíduos que se sentem sobrecarregados pelos estressores associados a sua DRC também podem sentir dificuldades para tomar uma decisão sobre o método dialítico. No contexto clínico, a HD convencional é sempre a escolha padrão para os indivíduos que não são capazes de decidir ou postergam a sua decisão, não tendo tempo suficiente para se organizarem e serem treinados para realizar a DP. O conflito pode estar presente na tomada de decisão sobre a modalidade dialítica, especialmente em pessoas com altos níveis de estresse. Muitos pacientes apontam estressores específicos sobre as mudanças percebidas no estilo de vida (36, 38).

Não há resposta homogênea para a questão de quais fatores interferem na escolha do método dialítico. Esta área de investigação permanece sendo complexa e debilmente compreendida (38). Diante da escassez de dados na literatura e principalmente pela falta de dados na nossa população, surgiram os seguintes questionamentos de pesquisa:

1. Quais são os níveis de estresse, ansiedade e depressão entre os pacientes em um processo de escolha do método dialítico?
2. Como os níveis de ansiedade, estresse e depressão podem interferir na escolha do método dialítico?
3. Quais são os fatores sociais que influenciam na escolha do método dialítico?

Sabendo também da complexidade do processo de escolha do método dialítico, foi formulada a hipótese de que pacientes com maior suporte familiar e maior grau educacional optariam, mais frequentemente, por DP. Além disso, pacientes que optassem por esta modalidade teriam menor grau de ansiedade, estresse e depressão do que pacientes que optassem por HD.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral do presente estudo é analisar a influência que a ansiedade, o estresse e a depressão exercem sobre o processo de escolha do método dialítico vivenciado pelos pacientes com DRC pré-dialítica.

2.2 Objetivos específicos

Os seguintes objetivos específicos foram delineados:

1. Avaliar o percentual de pacientes que irá escolher DP e HD, além de fatores clínicos e demográficos relacionados à escolha do método dialítico;
2. Analisar os níveis de estresse, ansiedade e depressão em pacientes durante o processo de escolha do método dialítico e preparação para a TRS;
3. Comparar os níveis de ansiedade, estresse e depressão registrados entre os pacientes que escolheram hemodiálise e aqueles que elegeram a diálise peritoneal como método dialítico;
4. Estabelecer comparação entre os níveis de ansiedade, estresse e depressão apresentados pelos participantes durante o processo de escolha do método e após início da terapia dialítica;
5. Avaliar fatores sociais e pessoais relacionados à escolha do método dialítico.

3 PACIENTES E MÉTODOS

3 PACIENTES E MÉTODOS

3.1 Amostragem e cálculo de poder

Como existem poucos dados na literatura e baseando-se no fato de que pacientes do nosso serviço poderiam ter um perfil diferente dos demais, o cálculo da amostra se tornou inviável. Incluímos uma amostra de conveniência de acordo com o número de atendimentos no ambulatório de orientações. Em média, 12-15 pacientes são atendidos por mês, onde foram abordados. Considerando recusa em participar de 10-20% e perda de seguimento adicional de mais 10%, teríamos uma amostra de cerca de 60 pacientes com 1 ano de estudo, o que consideramos suficiente para a análise proposta.

3.1.1 Recrutamento

Os pacientes que participaram deste estudo foram recrutados no Ambulatório Multidisciplinar de Orientações (AMO) do serviço de Nefrologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). O estudo consistiu na aplicação de questionários específicos para avaliação dos fatores que influenciam na escolha do método dialítico. O paciente foi avaliado em duas situações: durante sua primeira consulta no AMO e, posteriormente, após o início da terapia dialítica. Os pacientes foram expostos às informações sobre os métodos dialíticos de forma controlada e padronizada, de acordo com a estrutura organizacional do AMO.

3.1.2 Participantes

Pacientes adultos, considerados pré-dialíticos, atendidos no AMO do HC-FMUSP. Nenhuma interferência foi feita na escolha do método dialítico durante o período de estudo. O encaminhamento para este ambulatório é feito de rotina pelo nefrologista do ambulatório geral de nefrologia no momento que considerar indicação para início de terapia dialítica a curto ou médio prazo. Não houve interferência neste fluxo de encaminhamento em razão do presente protocolo de pesquisa.

3.1.3 Critérios de inclusão dos pacientes

Pacientes maiores de 18 anos, atendidos no AMO do HC-FMUSP, que concordaram em participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.1.4 Critérios de exclusão dos pacientes

Pacientes que não conseguiram compreender ou que se recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, bem como os pacientes que escolheram o transplante como terapia renal substitutiva, que confeccionaram FAV previamente e que estivessem em uso de medicamentos para tratamento de depressão e /ou ansiedade.

3.1.5 Análise crítica dos riscos envolvidos

A aplicação dos questionários envolvidos neste estudo não ofereceu riscos à integridade física, psíquica, cognitiva ou emocional dos pacientes.

3.2 Coleta de dados clínicos

Todos os pacientes que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido após explicação detalhada do protocolo foram incluídos no estudo. Sequencialmente foi realizada a coleta dos dados clínicos. Os dados clínicos dos pacientes foram levantados a partir do prontuário da Instituição, anotados e arquivados com todas as precauções necessárias para manter o sigilo das informações. O fluxograma que representa como chegamos a esta amostragem de pacientes está representado na Figura 1.

Figura 2 - Fluxograma da coleta de dados do estudo

3.3 Protocolo

Os pacientes foram abordados em duas ocasiões diferentes, a primeira no momento da tomada de decisão por um método ou outro e em um segundo momento, já em suas clínicas de diálise. A primeira abordagem foi feita no AMO e a segunda abordagem foi no período entre 1 e 3 meses após o início da diálise, mediante nova aplicação dos questionários em horário e dia definido com cada paciente após contato telefônico.

Os instrumentos aplicados a todos os pacientes estão sumarizados abaixo.

3.3.1 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Traduzida para o Português e validada no Brasil (52), apresentada no Anexo 1, esta escala possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). O tempo necessário para a sua aplicação não ultrapassa 15 minutos. Para a sua avaliação, cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, em função da aparição, magnitude e prevalência dos sintomas, totalizando uma pontuação máxima de 21 pontos para cada subescala. A HADS não contempla sintomas físicos de ansiedade e depressão, a fim de prevenir a possível interferência de distúrbios somáticos em sua pontuação (53).

Os seguintes pontos de cortes são usados na interpretação da subescala HADS-D: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 (54, 55). Uma análise mais aprofundada dos escores obtidos com essa escala revela que, quanto mais alta a pontuação, maior a gravidade dos sintomas. Escores entre 11 e 15 revelam sintomas moderados, enquanto que de 16 a 21 indicam sintomas graves (53).

3.3.2 Escala de Estresse Percebido (PSS)

Este instrumento, apresentado no Anexo 2, mensura o estresse percebido, ou seja, mede o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes. É uma escala geral, que pode ser usada em diversos grupos etários, desde adolescentes até idosos, pois não contém questões específicas do contexto. É composta por 14 itens, designados para verificar o quanto imprevisível, incontrolável e sobrecarregada os respondentes avaliam suas vidas. Estes três fatores tem sido considerados como componentes centrais na experiência de estresse. O tempo dispensado para sua aplicação é de aproximadamente 14 minutos (56, 57).

As 14 questões desta escala possuem opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre 4=sempre). Para a interpretação dos dados, as questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a

soma das pontuações destas 14 questões e os escores podem variar de 0 a 56 (57). Não existem pontos de corte na interpretação dos resultados obtidos com essa escala. Porém, a média de escores nos indivíduos do estudo de validação brasileira foi de 22 ± 8 (57), sendo este valor adotado neste estudo como ponto de referência para qualificação dos escores como acima ou abaixo da média.

3.3.3 Questionário de fatores pessoais que influenciam na escolha do método dialítico

Instrumento elaborado pelo autor para avaliar quais os fatores de ordem intrínseca ao indivíduo colaboram para a escolha ou não escolha de determinado método dialítico. É um questionário composto por duas questões, com tempo de aplicação médio estimado em 5 minutos. A primeira questão possui 5 alternativas de resposta, das quais o entrevistado assinalará apenas uma. A segunda questão possui 11 alternativas e admite que apenas uma resposta seja assinalada pelo entrevistado (Apêndice 2).

3.4 Análise estatística

Dados contínuos foram apresentados como média e desvio-padrão e dados categóricos foram expressos como N e porcentagem, conforme teste de normalidade de D'Agostino-Pearson Omnibus.

A comparação entre grupos que escolheram diálise peritoneal ou hemodiálise foi feita através de teste *t* não pareado ou alternativa não paramétrica (teste de Mann-Whitney) de acordo com a distribuição normal ou não dos dados, respectivamente. Para dados categóricos, a comparação entre os grupos foi feita através de Qui-quadrado com correção de Bonferroni para comparações múltiplas. A comparação de dados obtidos no momento da decisão da terapia dialítica e após início desta foi feita através de teste *t* pareado ou Wilcoxon, conforme distribuição paramétrica ou não das variáveis, respectivamente. Utilizamos correlações entre variáveis de Pearson ou Spearman, de acordo com a normalidade dos dados de forma paramétrica ou não, respectivamente. A análise estatística foi realizada utilizando os softwares GraphPad Prism® versão 6.0 (GraphPad Software, Inc., Calif., USA) e IBM® SPSS® Statistics versão 21.0 (SPSS

Inc., Chicago, Ill., USA). A significância estatística foi atribuída para um erro alfa de 5% ($p<0.05$).

3.5 Aspectos éticos

3.5.1 Ética

O presente estudo foi desenvolvido e aplicado em conformidade com os requerimentos do Comitê de Ética em Pesquisa da USP, tendo sido aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, com CAAE nº 30396314.3.0000.0068. Também está de acordo com os fundamentos estabelecidos na Declaração de Helsinki (1964), ementa de Tóquio (1975), Veneza (1983) e Hong Kong (1989).

Todos os participantes tiveram pleno conhecimento dos objetivos e métodos do experimento e deram o seu consentimento por escrito (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Foram devidamente avisados de que todas as informações fornecidas são estritamente sigilosas.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da amostra

As características dos pacientes incluídos neste estudo estão demonstradas na Tabela 1. Dois grupos foram criados, de acordo com a escolha do método dialítico realizada pelo paciente: grupo DP, com indivíduos que elegeram a diálise peritoneal; grupo HD, com indivíduos que escolheram a hemodiálise.

Tabela 1 - Características clínicas, demográficas e sociais dos pacientes

Características	Total	Método dialítico		<i>p</i>
	(<i>n</i> = 67)	DP (<i>n</i> = 22)	HD (<i>n</i> = 45)	
Idade	59 ± 15	59 ± 17	59 ± 14	0,854
Sexo masculino, %	53,7	54,5	53,3	0,926
Raça branca, %	59,7	71,4	53,7	0,136
Diabetes, %	42,6	40,9	43,6	0,839
Hipertensão arterial, %	83,6	77,3	87,2	0,316
Casado, %	57,8	63,6	54,8	0,274
Maior nível de escolaridade, %				
Até ensino fundamental	74,6	81,8	71,1	
Até ensino médio	19,4	18,2	20	0,332
Até ensino superior	6	0	8,9	

Dados apresentados como média ± desvio-padrão a não ser quando especificados de outro modo. Valor *p* resultante da comparação entre grupos DP e HD. DP: diálise peritoneal, HD: hemodiálise.

A média de idade geral está abaixo de 60 anos, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os grupos DP e HD. A maior parte da amostra se constituiu de indivíduos do sexo masculino, raça branca e casados. A grande maioria dos pacientes é portadora de HAS e um percentual bastante elevado tem DM, porém sem diferença estatística entre os grupos DP e HD. A maior parcela dos pacientes possui nível de escolaridade até o ensino fundamental, especialmente no grupo DP, no qual aproximadamente 82% dos pacientes apresentam baixo nível de educação formal. Nenhum dos pacientes possuía fístula arteriovenosa já confeccionada ou se encontrava

em tratamento medicamentoso de depressão. Não foi registrada mudança de opinião a respeito do método dialítico durante o acompanhamento dos pacientes.

Os dados laboratoriais coletados estão resumidos na Tabela 2.

Tabela 2 - Características laboratoriais dos pacientes

Características	Total (n = 67)	Método dialítico		p
		DP (n = 22)	HD (n = 45)	
eGFR por CKD-EPI (mL/min/1,73m ²)	16 ± 7	14 ± 6	17 ± 8	0,104
eGFR por MDRD (mL/min/1,73m ²)	17 ± 7	15 ± 6	18 ± 7	0,051
Creatinina sérica (mg/dL)	4,1 ± 1,8	4,4 ± 1,6	3,9 ± 1,9	0,257
Ureia (mg/dL)	124 ± 50	127 ± 47	122 ± 53	0,717
Potássio (mmol/L)	4,6 ± 0,7	4,5 ± 0,7	4,6 ± 0,7	0,495
Albumina (g/dL)	4,0 ± 0,6	4,0 ± 0,7	4,0 ± 0,6	0,909
Fósforo (mg/dL)	4,4 ± 1,0	4,5 ± 0,9	4,3 ± 1,1	0,551
PTH (pg/mL)	210 (108/292)	214 (112/265)	173 (102/299)	0,518
Cálcio (mg/dL)	9,2 ± 0,8	9,0 ± 1,0	9,2 ± 0,7	0,294
25(OH) vitamina D (ng/mL)	23,5 ± 11,3	20,8 ± 14	25,2 ± 9,2	0,208
Bicarbonato (mmol/L)	23,0 ± 4,6	24,5 ± 2,9	26,1 ± 5,9	0,658
Fosfatase alcalina (U/L)	104 ± 62	113 ± 44	99 ± 71	0,397
Ferro (μ/dl)	68 ± 29	75 ± 41	65 ± 20	0,280
Ferritina (ng/ml)	176 (87/394)	180 (101/459)	192 (139/451)	0,138
Hemoglobina (g/L)	11,5 ± 2,9	11,3 ± 2,4	11,1 ± 3,1	0,632

Dados apresentados como média ± desvio-padrão ou mediana (25/75), a não ser quando especificados de outro modo. Valor *p* resultante da comparação entre grupos DP e HD. DP: diálise peritoneal, HD: hemodiálise. eGFR: taxa de filtração glomerular estimada; PTH: paratormônio.

As taxas de filtração glomerular estimadas (eGFR) foram calculadas tanto pela equação do estudo *Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)* quanto pela equação *CKD Epidemiology Collaboration (CKD-EPI)*. Os valores obtidos com a equação CKD-EPI são menores do que aqueles encontrados a partir da equação MDRD. As médias do grupo HD são maiores em relação ao grupo DP, com diferença estatisticamente significativa encontrada no cálculo com a equação MDRD.

A média dos níveis séricos de creatinina apresentou-se maior no grupo DP, no entanto, sem diferença estatística significativa entre este e o grupo HD. Não foi encontrada diferença entre as médias dos valores séricos de ureia, potássio e albumina. Da mesma forma, não houve diferença nos níveis de cálcio, fosfatase alcalina, 25(OH) vitamina D, fósforo e paratormônio (PTH) entre os dois grupos. Não houve diferenças entre os grupos DP e HD quanto aos níveis de hemoglobina, ferro e ferritina.

As principais causas da doença renal crônica nos indivíduos da amostra foram divididas em seis subgrupos, conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3 - Causas primárias de DRC

Causas primárias, %	Total (<i>n</i> = 67)	Método dialítico		<i>p</i>
		DP (<i>n</i> = 22)	HD (<i>n</i> = 45)	
Nefropatia diabética	22,4	22,7	25,6	0,441
Nefroesclerose	26,9	22,7	37,2	
Glomerulonefrite crônica	13,1	9,1	14,0	
DRPAD	6,6	9,1	4,7	
Outras	16,4	27,3	9,3	
Desconhecida	9,8	9,1	9,3	

Dados apresentados como %, a não ser quando especificados de outro modo. DRPAD. Doença renal policística autossômica dominante. Valor *p* resultante da comparação entre grupos DP e HD. DP: diálise peritoneal, HD: hemodiálise.

A principal causa de DRC entre os indivíduos da amostra foi a nefroesclerose (26,9%), seguida pela nefropatia diabética (22,4%). Quando observados os resultados de cada grupo, observa-se que, assim como no total da amostra, tanto o grupo HD quanto o grupo DP tiveram a nefroesclerose e a nefropatia diabética como as duas principais causas de DRC, sendo uma maior predominância de nefroesclerose no grupo HD, embora não significativa.

4.2 Níveis de ansiedade e depressão durante escolha do método dialítico

Analizamos, inicialmente, os níveis de ansiedade e depressão nos indivíduos da amostra, sem diferenciação de sexo ou método dialítico escolhido. Conforme ilustrado no histograma da Figura 3, os escores de ansiedade variaram entre 1 e 17, com mediana de 6 e percentis 25 e 75 de 4 e 10, respectivamente. De acordo com as instruções para a interpretação dos resultados obtidos a partir da aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), uma pontuação até 8 é definida como “sem ansiedade”, enquanto uma pontuação maior ou igual a 9 é definida como “com ansiedade”. A partir destas instruções, observou-se que 34,3% dos indivíduos integrantes da amostra foram considerados ansiosos.

Figura 3 - Escores de ansiedade, obtidos com a escala HADS, entre os indivíduos da amostra

Os escores de depressão dos participantes deste estudo, conforme representado na Figura 4, tiveram variação entre 2 e 19, apresentando mediana de 9 e percentis 25 e 75 de 5 e 12, respectivamente. Considerando que as instruções de interpretação da HADS estipulam valores definidos tanto para a presença de ansiedade quanto para depressão, escores maiores ou iguais a 9 assinalam a presença de depressão. A partir desse valor de corte, levantou-se que 52,2% da amostra foi considerada “com depressão”.

Figura 4 - Escores de depressão, obtidos com a escala HADS, entre os indivíduos da amostra

4.2.1 Comparando ansiedade e depressão entre os sexos feminino e masculino

Os níveis de ansiedade e depressão também foram analisados de acordo com o sexo do paciente. Dessa maneira, seria possível averiguar se os escores variaram de acordo com essa variável.

Os escores de ansiedade obtidos através da HADS, mostraram valores ligeiramente superiores entre as mulheres do que homens, porém sem diferença estatística significativa ($p= 0,136$), conforme ilustrado na Figura 5. Os valores dos escores de ansiedade para o sexo feminino variaram entre 1 e 16, com mediana dos escores igual a 7 e percentis 25 e 75 de 5 e 11, respectivamente. Entre os indivíduos do sexo masculino os escores de ansiedade obtidos com a escala HADS variaram entre 1 e 17, com mediana igual a 5 e percentis 25 e 75 de 3 e 9, respectivamente. Baseado nos valores de corte para ansiedade a partir da aplicação do instrumento utilizado, a prevalência de ansiedade não foi diferente entre homens e mulheres, sendo 38,7% das mulheres e 30,6% dos homens da amostra considerados ansiosos ($p= 0,483$).

Figura 5 - Escores de ansiedade, obtidos com a escala HADS, de acordo com o sexo.

Os escores de depressão obtidos através da escala HADS tiveram uma tendência de serem maiores entre as mulheres do que os valores obtidos entre os homens ($p= 0,074$) (Figura 6). As mulheres apresentaram escores variando entre 3 e 19, com mediana igual a 10 e percentis 25 e 75 de 6 e 13, respectivamente. Os indivíduos do sexo masculino apresentaram escores entre 2 e 18, com mediana igual a 8 e percentis 25

e 75 de 4 e 12, respectivamente. Adotando o valor de corte para a presença de depressão, verificamos que a prevalência de indivíduos classificados como deprimidos não foi diferente entre os sexos, sendo 58,1% das mulheres e 47,2% dos homens classificados como deprimidos ($p=0,376$).

Figura 6 - Escores de depressão, obtidos com a escala HADS, de acordo com o sexo.

4.2.2 Comparando ansiedade e depressão entre os métodos: diálise peritoneal vs. hemodiálise

Realizamos a seguir uma análise dos níveis de ansiedade e depressão de acordo com o método de diálise escolhido pelo paciente, a fim de elucidar se há diferenças entre indivíduos dos grupos DP e HD.

A análise dos escores de ansiedade segundo o método dialítico escolhido pelo paciente revelou que os indivíduos do grupo DP apresentam mesmos níveis de ansiedade durante o processo de escolha do método dialítico em comparação com os que escolherem HD ($7,4 \pm 3,8$ vs. $6,8 \pm 4,0$, $p=0,556$) (Figura 7). Os escores de ansiedade dos indivíduos do grupo DP variaram de 1 a 16, com mediana 7 e percentis 25 e 75 de 4 e 10, respectivamente. Enquanto isso, no grupo HD, os escores apresentaram variação de 1 a 17, com mediana 5 e percentis 25 e 75 de 4 e 10, respectivamente. Pacientes classificados como ansiosos, com escores acima de 9, corresponderam a 45,5% do grupo DP e 28,9% do grupo HD, o que não foi estatisticamente diferente ($p=0,180$).

Figura 7 - Escores de ansiedade, obtidos com a escala HADS, de acordo com o método dialítico.

Avaliando-se os escores de depressão, não foi observada diferença quando comparados os grupos DP e HD ($p=0,467$) (Figura 8). Os escores de depressão dos indivíduos dos grupos DP e HD variaram igualmente entre 2 e 19, com medianas de 8 e 9, respectivamente para grupo DP e grupo HD. As instruções fornecidas para a interpretação dos resultados obtidos com a escala HADS nos conduziram ao resultado que mostra que, entre os indivíduos do grupo HD, 57,8% obtiveram escores superiores a 9, configurando a presença de depressão, comparando com 40,9% do grupo DP ($p=0,194$).

Figura 8 - Escores de depressão, obtidos com a escala HADS, de acordo com o método dialítico.

4.3 Níveis de estresse durante escolha do método dialítico

Os níveis de estresse nos indivíduos da amostra foram analisados, sem diferenciação de sexo ou método dialítico escolhido. Conforme ilustrado na Figura 9, os escores de estresse variaram entre 17 e 47, com média 29 ± 8 , mediana de 30 e percentis 25 e 75 de 21 e 35, respectivamente. A interpretação dos resultados obtidos a partir da Escala de Estresse Percebido (PSS) não está atrelada a um valor de corte. Portanto, quanto maior o escore obtido, maior o nível de estresse do indivíduo. Conforme explicitado na seção de métodos, considerando a média brasileira de estresse obtida no estudo de validação (22 ± 8) no país, observou-se que os pacientes que compõem a amostra deste estudo apresentaram escores de estresse acima da média.

Figura 9 - Escores de estresse obtidos com a escala de estresse percebido, entre os indivíduos da amostra.

4.3.1 Comparando estresse entre os sexos: feminino vs. masculino

A fim de averiguar se houve diferença nos níveis de estresse entre os sexos, realizamos análise dos escores comparando mulheres e homens. Houve uma tendência dos escores de estresse percebido do sexo feminino serem maiores do que no sexo masculino 31 (23/38) vs. 27(20/34); $p= 0,081$). (Figura 10). Os valores dos escores para

o sexo feminino variaram entre 18 e 47. Os indivíduos do sexo masculino apresentam escores entre 17 e 42. A escala PSS não define um ponto de corte, não sendo os participantes classificados quanto à presença ou não de estresse.

Figura 10 - Escores de estresse, obtidos com a escala PSS, de acordo com o sexo.

4.3.2 Comparando estresse entre os métodos: diálise peritoneal vs. hemodiálise

Realizamos uma análise do grau de estresse entre os pacientes de acordo com o método de diálise por eles escolhido. Como observamos tendência de diferença entre os escores de homens e mulheres, executamos uma análise a fim de elucidar se diferenças também podem ser observadas entre os níveis de estresse nos indivíduos dos grupos DP e HD.

Não houve diferença entre os níveis de estresse percebido dos pacientes dos grupos DP e HD ($p=0,971$). Os valores dos escores de estresse percebido do grupo DP variaram entre 18 e 47, enquanto no grupo HD variaram entre 17 e 42. As medianas dos escores dos pacientes dos grupos DP e HD são de, respectivamente, 30 e 29 pontos (Figura 11).

Figura 11 - Escores de estresse percebido, de acordo com o método dialítico escolhido pelo paciente.

4.4 Correlação entre escores de ansiedade, depressão e estresse

Diante dos resultados obtidos com as escalas HADS e PSS, questionou-se em que grau os níveis de ansiedade, estresse e depressão se relacionam entre si. Quando examinada a relação entre os graus de ansiedade e depressão dos indivíduos da amostra, constata-se que os níveis de ansiedade estabelecem forte correlação positiva com os níveis de depressão (Figura 12).

Figura 12 - Correlação linear entre escores de ansiedade e depressão obtidos com HADS.

Também foi observada forte correlação positiva entre os escores de ansiedade obtidos com a escala HADS e os escores de estresse percebido obtidos a partir da escala PSS (Figura 13).

Figura 13 - Correlação linear entre escores de ansiedade obtidos com HADS e estresse percebido obtidos com PSS.

Uma significativa e forte correlação positiva foi encontrada entre os escores de depressão e os escores de estresse percebido, obtidos, respectivamente, com as escalas HADS e PSS (Figura 14).

Figura 14 - Correlação entre escores de depressão obtidos com HADS e estresse percebido obtidos com PSS.

4.5 Avaliação após início da terapia dialítica

Conforme explicitado na seção métodos, os pacientes foram ser abordados em um segundo momento, após o início da terapia dialítica. Dentre os participantes, 20 indivíduos (29,9% da amostra) iniciaram diálise até o encerramento da coleta de dados e foram submetidos novamente aos mesmos questionários utilizados na primeira fase. O tempo médio entre a primeira e a segunda avaliação foi de 415 ± 199 dias, variando entre 83 e 767 dias. Quando comparados os resultados obtidos durante o processo de escolha do método dialítico com aqueles obtidos após o início da diálise, foi observada significativa redução nos níveis de ansiedade, estresse e depressão, como detalhado a seguir.

Na análise deste subgrupo de pacientes, observamos que os escores de ansiedade de todos os participantes na primeira etapa do estudo eram 5 (3/8), variando entre 1 e 15. Após o início da terapia dialítica, os pacientes apresentaram menores níveis de ansiedade, 1 (1/3), com escores variando entre 0 e 7, o que confirma uma significativa redução dos escores de ansiedade após o início da terapia dialítica ($p < 0,0001$) (Figura 15). Em valores percentuais, portanto, podemos dizer que os escores reduziram em 69%.

Figura 15 - Escores de ansiedade obtidos com HADS, de acordo com o momento de abordagem.

Da mesma forma que fizemos para a análise dos escores de ansiedade, analisamos a mudança dos escores de depressão comparando os dois momentos do estudo no subgrupo de 20 indivíduos já em diálise. Os escores de depressão obtidos com HADS na primeira etapa do estudo eram de 7 (5/11), variaram entre 2 e 16. Após escolherem o método e iniciarem a terapia dialítica, os escores diminuíram para 4 (2/4), variando entre 0 e 12, o que se mostrou significativo ($p < 0,0001$) (Figura 16), o que representa uma redução de 49,3%.

Figura 16 - Escores de depressão obtidos com HADS, de acordo com o momento de abordagem.

Por fim, compramos os valores de escores de estresse neste subgrupo de pacientes. Os escores de estresse reduziram de 29 (21/36), variando entre 19 e 42 para 8 (6/14), variando entre 2 e 27, o que foi estatisticamente significativo ($p < 0,0001$) (Figura 17), representando 65,2% de redução.

Figura 17 - Escores de estresse percebido obtidos com PSS, de acordo com o momento de abordagem.

4.6 Avaliando os fatores pessoais que interferem na escolha do método dialítico

A partir do Questionário de Fatores Pessoais que Interferem na Escolha do Método Dialítico (QFPIEMD), os pacientes foram inqueridos sobre os motivos pelos quais escolheram determinado método dialítico, ou não escolheram outro método dialítico. Não entraram na análise o percentual de pacientes que respondeu “ainda não decidi qual método é melhor pra mim” (7,5%) assim como aqueles que responderam “nenhuma das respostas acima” (41,8%). Os principais motivos que levaram os pacientes a elegerem determinada modalidade de diálise estão listados na Tabela 4.

Tabela 4 - Fatores pessoais que levaram à escolha do método dialítico

Fatores pessoais, %	Total (n = 67)	Método dialítico		p
		DP (n = 22)	HD (n = 45)	
Motivos relacionados à família	32,8	31,8	33,3	0,165
Motivos relacionados ao trabalho	7,5	9,1	6,7	
Não tenho motivos específicos	10,4	4,5	13,3	

Dados apresentados como porcentagem, a não ser quando especificados de outro modo. Valor p resultante da comparação entre grupos DP e HD. DP: diálise peritoneal, HD: hemodiálise.

Entre os indivíduos participantes deste estudo, o fator pessoal com maior impacto sobre a escolha do método dialítico foi o relacionado à família (32,8%), tanto no grupo DP (31,8%) quanto no grupo HD (33,3%), não determinando, porém, uma diferença significativa entre os grupos.

Na Tabela 5 estão descritos os fatores pessoais que possam ter influenciado na escolha de um método ou outro de diálise. O principal fator pessoal que levou os participantes a não escolherem outro método dialítico foi a incompatibilidade do outro método com as suas rotinas pessoais ou de trabalho (26,9%). Em seguida foram apontados a falta de confiança para fazer outro tipo de diálise (14,9%) e o desinteresse em se sentir preso ao tratamento (11,9%).

No grupo DP, os fatores envolvidos no processo de escolha do método dialítico foram a incompatibilidade com a rotina pessoal ou de trabalho (31,8%), a falta de confiança no outro método e o desejo de não sentir-se preso ao tratamento, ambos com 13,6% das observações. No grupo HD, as principais causas foram rotina pessoal/de trabalho incompatível, falta de confiança no outro método dialítico e desinteresse em sentir-se preso ao tratamento, com frequências relativas de, respectivamente, 24,4%, 15,6% e 11,1%. Ainda no grupo HD, os participantes referem que não possuem a estrutura física necessária em suas casas para escolherem o outro método (11,1%). As diferenças no percentual destes fatores foi considerada estatisticamente significativa ($p < 0,0001$), mesmo com correção de Bonferroni para múltiplas comparações.

Tabela 5 - Fatores pessoais pelos quais o paciente não escolheu outro método dialítico

Fatores pessoais, %	Total (<i>n</i> = 67)	Método dialítico	
		DP (<i>n</i> = 22)	HD (<i>n</i> = 45)
Prefiro este método	3,0	0	4,4
Não me sinto confiante para fazer o outro tipo de diálise	14,9	13,6	15,6
Não tenho apoio suficiente dos meus familiares	7,5	4,5	8,9
Não tenho a estrutura necessária na minha casa	9,0	4,5	11,1
Já ouvi maus comentários a respeito do outro método	3,0	4,5	2,2
O outro método não é compatível com minha rotina pessoal/de trabalho	26,9	31,8	24,4
Não quero que a minha imagem corporal mude	3,0	0	4,4
Não quero me sentir preso ao tratamento	11,9	13,6	11,1
Não tenho motivos específicos	6,0	4,5	6,7
Ainda não decidi qual método é melhor para mim	4,5	9,1	2,2
Nenhuma das respostas acima. Simplesmente acho que o outro método não é o melhor para mim	10,4	13,6	8,9

Dados apresentados como porcentagem. Valor *p* resultante da comparação entre grupos DP e HD. DP: diálise peritoneal, HD: hemodiálise.

Utilizando os dados obtidos com o QFPIEMD, questionário elaborado pelo autor para avaliar os fatores que podem interferir na escolha do método dialítico, realizamos a análise dos fatores pessoais que interferem na escolha do método dialítico de acordo com o sexo. Os principais motivos que levaram os pacientes a elegerem determinada modalidade de diálise estão listados na Tabela 6.

Tabela 6 - Fatores pessoais que levaram à escolha do método dialítico, de acordo com o sexo

Fatores pessoais, %	Total (<i>n</i> = 67)	Sexo		<i>p</i>
		Feminino (<i>n</i> = 31)	Masculino (<i>n</i> = 36)	
Motivos relacionados à família	32,8	48,4	19,4	
Motivos relacionados ao trabalho	7,5	3,2	11,4	0,136
Não tenho motivos específicos	10,4	9,7	11,4	

Dados apresentados como porcentagem, a não ser quando especificados de outro modo. Valor *p* resultante da comparação entre grupos feminino e masculino.

Na totalidade da amostra, grande parte dos indivíduos (49,3%) não foi influenciada por nenhum dos fatores pessoais listados no questionário. A análise de acordo com o sexo revelou que, entre as mulheres, os motivos relacionados à família foram os mais observados (48,4%), enquanto que a maioria dos indivíduos do sexo masculino (50%) não apresenta fator específico, considerando apenas que o método escolhido será a melhor opção para a sua saúde (Tabela 6).

Quando analisado de acordo com o sexo, encontramos diferença significativa quanto aos fatores pessoais ($p < 0,0001$). O fator pessoal que mais influenciou as mulheres a não escolherem outro método dialítico foi a incompatibilidade do outro método com as suas rotinas pessoais ou de trabalho (22,6%). Em seguida foram apontados a falta de confiança para fazer outro tipo de diálise (16,1), a falta de estrutura física em casa e o desinteresse em se sentir preso ao tratamento (ambos com 12,9%) (Tabela 7).

Tabela 7 - Fatores pessoais pelos quais o paciente não escolheu outro método dialítico, de acordo com o sexo

Fatores pessoais, %	Total (<i>n</i> = 67)	Sexo	
		Feminino (<i>n</i> = 31)	Masculino (<i>n</i> = 36)
Prefiro este método	3,0	6,5	0
Não me sinto confiante para fazer o outro tipo de diálise	14,9	16,1	13,9
Não tenho apoio suficiente dos meus familiares	7,5	6,5	8,3
Não tenho a estrutura necessária na minha casa	9,0	12,9	5,6
Já ouvi maus comentários a respeito do outro método	3,0	3,2	2,8
O outro método não é compatível com minha rotina pessoal/de trabalho	26,9	22,6	30,6
Não quero que a minha imagem corporal mude	3,0	0	5,6
Não quero me sentir preso ao tratamento	11,9	12,9	11,1
Não tenho motivos específicos	6,0	9,7	2,8
Ainda não decidi qual método é melhor para mim	4,5	3,2	5,6
Nenhuma das respostas acima. Simplesmente acho que o outro método não é o melhor para mim	10,4	6,5	13,9

Dados apresentados como porcentagem, a não ser quando especificados de outro modo. Valor *p* resultante da comparação entre grupos feminino e masculino.

Nenhuma das mulheres referiu a mudança na imagem corporal como fator pessoal para não escolha de outro método dialítico. Entre os homens a rotina pessoal/de trabalho foi o fator pessoal mais apontado (30,6%). Outros fatores relevantes entre os indivíduos do sexo masculino foram a falta de confiança no outro método dialítico (13,9%) e a falta de interesse em sentir-se preso ao tratamento (11,1%). Um total de 5,6% dos homens refere não ter escolhido outro método dialítico por não querer que sua imagem corporal mude (Tabela 7).

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

O presente estudo estabelece uma avaliação de fatores relacionados ao momento da decisão do método dialítico. Objetivou-se analisar a influência que a ansiedade, o estresse e a depressão exercem sobre o processo de escolha do método dialítico vivenciado pelos pacientes com DRC pré-dialítica. Ainda, os objetivos figurados de forma secundária foram a avaliação dos fatores sociais e pessoais relacionados à escolha do método; a comparação dos níveis de ansiedade, depressão e estresse entre os pacientes que escolheram DP e HD; e a comparação entre os níveis de ansiedade, depressão e estresse durante o processo de escolha do método e após o início da terapia dialítica. A falta de dados sobre essa temática em nossa população, bem como a escassez de dados na literatura sobre a questão dos fatores que interferem na escolha do método dialítico foram as principais motivações para a realização do presente trabalho de pesquisa. Avaliando os níveis de ansiedade, depressão e estresse de pacientes com DRC no momento da tomada de decisão, observamos valores expressivamente aumentados, o que denota o impacto emocional a que estes pacientes estão submetidos. Por outro lado, observamos que, uma vez estáveis em diálise, qualquer que tenha sido o método iniciado pelo paciente, há uma expressiva melhora destes fatores. Mais importante, o fato de não encontrarmos diferença significativa nestes fatores entre aqueles que escolheram HD e DP, denota que podemos, mais do que isso, devemos deixar a escolha do método a critério do paciente, salvo em casos específicos de contraindicação absoluta para qualquer um destes métodos. Por fim, notamos que o suporte familiar parece ser o mais importante na escolha da DP, um sério limitante deste método, o que deve ser melhor estudado para que estratégias sejam criadas no sentido de superar esta dificuldade.

O ambulatório multidisciplinar de orientação do HCFMUSP foi recentemente criado, o que permitiu com que este trabalho fosse realizado. Mais do que para pesquisa clínica, no entanto, este ambulatório é de grande importância no preparo do paciente com DRC para o início da TRS. Este perfil de ambulatório não é novidade na literatura internacional. Em 2003, na Áustria, foi implementado o INDIAL, programa de educação multidisciplinar em diálise para estimular o paciente a realizar uma escolha

segura e informada. Resultados de um estudo onde foi oferecida essa iniciativa mostraram que um programa de educação na fase pré dialítica tem impacto no processo de tomada de decisão na escolha do método dialítico (58). Um estudo recente nos mostra, inclusive, que a iniciativa de educação multidisciplinar pré-dialítica é benéfica até mesmo entre os pacientes que iniciaram a TRS de forma não planejada (59). No Brasil, porém, principalmente se tratando de ambiente público, este perfil de ambulatório é raro. Programas de educação em diálise necessitam, entre outros membros da equipe multidisciplinar, da presença de psicólogos para oferecer o suporte e acompanhar os pacientes e seus familiares em processo de escolha do método de TRS, tendo em vista que a prevalência de aspectos relacionados à ansiedade, depressão e estresse é alta.

Nossa amostra foi constituída de indivíduos relativamente jovens, em sua maioria homens, brancos, casados e com baixo nível educacional. O perfil dos pacientes da nossa amostra reflete a população brasileira, estando em concordância, em sua grande maioria, com a caracterização de grande estudo observacional brasileiro (BRAZPD) (60). No estudo mencionado, os pacientes apresentaram média de idade semelhante e eram em sua maioria brancos. O único aspecto dissonante encontrado foi que, ao contrário da caracterização demográfica do estudo BRAZPD, em nossa amostra tivemos maioria de pacientes do sexo masculino. A comorbidade mais prevalente foi HAS, seguida por DM. Alinhada à prevalência de comorbidades nesta população, a principal causa de DRC foi a nefroesclerose, seguida por nefropatia diabética. O percentual de pacientes com diabetes, no entanto, foi maior no nosso estudo (42,6%) comparado a um percentual de 36% do estudo BRAZPD. Não houve diferença, porém, neste perfil ao compararmos DP e HD. Nesse aspecto, esperávamos que pacientes com maior nível educacional elegessem mais a DP como método dialítico, tendo em vista que indivíduos mais instruídos poderiam rejeitar menos a realização desse tipo de diálise, hipótese, porém, não corroborada pelos dados obtidos.

Os dados bioquímicos denotam a função renal comprometida, com estágio 4 e 5. A literatura e os consensos levantam a questão do encaminhamento precoce ao nefrologista. Ainda, é comum encontrarmos em realidades diversas à brasileira, programas de educação em diálise recebem cada pacientes cada vez mais cedo, com o propósito de oferecer maior tempo para que o paciente faça uma escolha consciente, informada, com menor risco de mudança de opinião após início do tratamento dialítico

e viés de referenciamentos tardios e inícios da TRS de forma emergencial. Esse foi um dos motivos para incluirmos em nossa amostra apenas pacientes com esse perfil. Em média, estes pacientes levaram mais de um ano para o início da TRS. Esse período de tempo de espera pelo início da terapia poderia, no entanto, aumentar os níveis de ansiedade dos pacientes, dadas as incertezas sobre quando a diálise deveria ser iniciada e a deficiência um planejamento efetivo para adaptação de rotinas. Porém, como não repetimos a investigação antes ainda do início da diálise, não foi possível testar esta hipótese.

Outro ponto a ser destacado foi que pacientes que escolheram HD apresentaram eGFR ligeiramente melhor que aqueles que escolheram DP. Acreditamos que este resultado tenha sido ao acaso no estudo. Entretanto, vale ressaltar que estudos anteriores mostram que existe uma correlação positiva entre eGFR e qualidade de vida (61). Talvez por sentirem-se com condições físicas ligeiramente mais debilitadas, os pacientes do grupo DP considerem não ser uma boa opção realizar deslocamentos recorrentes até os centros de diálise, sentindo-se mais confortáveis em realizar a TRS em suas próprias residências.

A avaliação inicial dos escores de ansiedade obtidos com a HADS nos mostrou que os pacientes em nossa amostra apresentaram mediana abaixo do valor de corte acima do qual se caracteriza a presença de ansiedade. Porém, foi possível verificar que cerca de 34% dos indivíduos incluídos no estudo foram considerados ansiosos. Dados de um estudo previamente publicado revelam que 28,1% da população geral da região metropolitana de São Paulo apresentam distúrbio de ansiedade (62). Na faixa etária dos 50 aos 64 anos, na qual se insere a média de idade dos participantes do nosso estudo, 35% dos indivíduos apresentam ansiedade, prevalência que se assemelha àquela encontrada em nossa amostra. Tais resultados nos mostram que o processo de escolha de um método dialítico é um evento que aumenta o grau de ansiedade dos indivíduos, embora não seja acima do que pode ser encontrado na população geral sem DRC. No que concerne à depressão, a prevalência encontrada no estudo mencionado foi de 16,9% na população geral e 17,2% em indivíduos entre 50 e 64 anos. A análise dos dados da nossa amostra revelou que 52,2% foram considerados com depressão. Há, portanto, uma grande diferença entre a população geral e os indivíduos, participantes do nosso estudo, com DRC em processo de escolha do método dialítico. Este resultado está em concordância com dados da literatura que mostram prevalência aumentada de depressão

entre pacientes com DRC, embora haja uma grande variação entre os estudos dependendo do estágio da DRC e do método empregado para o diagnóstico. Uma meta-análise mostrou que a prevalência de depressão baseada em entrevista no estágio 5D da DRC foi de 22,8% (intervalo de confiança 18,6-27,6), mas as estimativas foram um pouco menos precisas para os estágios 1-5 de DRC, 21,4% (intervalo de confiança 11,1-37,2). Usando escalas de auto-avaliação, a prevalência de sintomas depressivos para o estágio DRC5D foi maior, 39,3% (intervalo de confiança 36,8-42,0) em relação aos estágios de DRC 1-5, que foi de 26,5% (intervalo de confiança 18,5-36,5). Estes resultados sugerem que as escalas de autorrelato podem superestimar a presença de depressão, particularmente entre pacientes em diálise (63). Portanto, é possível que nossos dados estejam superestimados. No entanto, é importante salientar que avaliamos somente pacientes com DRC 4 e 5, o que não nos permite uma comparação fiel com os dados do estudo mencionado. Estudo em uma coorte com pacientes pré-diálise, com média de eGFR de 22ml/min, mostrou que a prevalência de depressão era de 23% (64).

A análise da percepção do estresse entre os indivíduos do nosso estudo nos mostra que, durante a escolha do método, a média obtida é maior que a média previamente encontrada em um estudo de validação da escala (57). Enquanto a média do referido estudo foi de 22, entre os participantes da nossa pesquisa obtivemos média de 29. Tal incremento entre os indivíduos da nossa amostra sinaliza que a escolha do método dialítico é um evento estressante, capaz de aumentar nos indivíduos o estresse percebido. Até onde pudemos verificar, não existem dados na literatura para comparação entre pacientes com DRC pré-diálise. Mesmo neste caso, os dados são escassos.

Apesar de termos suposto que os indivíduos que escolhessem DP apresentariam menores escores de ansiedade, depressão e estresse durante o processo de tomada de decisão na escolha do método, não foi observada diferença estatística entre os indivíduos dos grupos DP e HD. Talvez o que desperte nos pacientes um aumento dos níveis de ansiedade, depressão e estresse não seja qual método escolher, mas todo o processo de tomada de decisão e os fatores envolvidos, tais como análise de rotina pessoal, profissional, doméstica, econômica.

Mulheres tem pelo menos duas vezes mais chances de sofrerem de depressão, ansiedade e desordens do estresse. Essas diferenças são observadas em vários países, sugerindo a presença de base biológica (65). Neste estudo, encontramos resultados

condizentes ao panorama da população geral, sendo observado que as mulheres apresentam tendências a apresentarem maiores níveis de ansiedade, depressão e estresse do que os homens. Conjecturamos que, durante a escolha do método dialítico, as mulheres sofrem maior sobrecarga desse processo em virtude de, muitas vezes, terem que lidar com processos familiares e de trabalho que, aliados à necessidade de alteração de suas rotinas, podem desencadear maior incidência de sintomas de ansiedade, depressão e estresse.

Após obtermos os dados sobre níveis de ansiedade, depressão e estresse, levantamos o questionamento se haveria correlação entre esses escores. Observamos que ansiedade e depressão se relacionam fortemente entre si, assim como ansiedade e estresse, e depressão e estresse. Apesar de não encontrarmos na literatura dados que explicitem mais claramente sobre essas relações, conjecturamos que esse seria um resultado esperado, tendo em vista que a sobrecarga emocional e psicológica advinda do estresse poderia desencadear quadro de ansiedade e, posteriormente, com manutenção ou agravamento dessas condições, instalação de quadro de depressão durante o processo de educação em diálise e escolha do método dialítico.

A análise do curso de ansiedade, depressão e estresse entre pacientes com DRC que na fase pré-dialítica, no processo de escolha do método e o início da TRS não foi abordado em estudos anteriores. Muitos estudos analisaram a evolução desses fatores apenas entre pacientes que já realizam alguma modalidade de diálise, com foco especialmente direcionado para os pacientes de HD. Em nosso estudo, observamos que houve uma melhora significativa dos níveis de ansiedade, estresse e depressão entre os pacientes que iniciaram a TRS. Essa redução dos escores pode ser atribuída à cessação do evento que levou ao aumento dos níveis de ansiedade, depressão e estresse. Após haverem enfrentado o desconhecido, realizado sua escolha informada, tendo iniciado a TRS e comparado as suas expectativas à realidade oferecida pela modalidade de diálise, os pacientes passam a não mais se sentirem tão ansiosos, estressados ou deprimidos. Fica, então, claro que o processo de escolha do método é o chamado “gatilho” para o aumento dos níveis de ansiedade, depressão e estresse entre os pacientes desse estudo e que, ao se livrarem da sobrecarga emocional decorrente desse processo, apresentam significativa redução desses fatores.

A análise dos fatores pessoais referidos pelos pacientes que estão envolvidos durante o processo de escolha do método dialítico revelou dados importantes. A escolha

do método foi impactada principalmente pelo fator familiar, seguida pelos fatores relacionados ao trabalho. Tendo em vista que a terapia dialítica pode alterar a rotina pessoal do indivíduo, é importante que ele considere se tal alteração é compatível com sua estrutura e rotina familiares. Vale ressaltar que entre os indivíduos que escolheram HD esse impacto foi ainda maior. É sabido que a manutenção da rotina familiar é, em muitas das vezes, baseada na figura feminina. Para as mulheres, pode ser maior o impacto de ter que alterar sua dinâmica familiar para realizar a terapia dialítica, especialmente quando se faz necessário realizar deslocamentos até a clínica de diálise para realizar sessões de HD ou quando é preciso parar suas atividades familiares para realizar sessões de DP. Entre os homens, observamos que a maior parte foi influenciada pelos fatores relacionados ao trabalho. Em linhas gerais, ainda temos uma sociedade onde o homem sente-se no papel de provedor da família, atribuindo ao trabalho importância maior. Essa pressão social pela manutenção do trabalho e da figura de “pai de família” pode ser o motivo pelo qual os homens que escolheram DP foram os mais influenciados pelos fatores relacionados ao trabalho.

Quando levantamos os motivos pelos quais aos pacientes não escolheram outro método senão aquele já escolhido, vemos que a incompatibilidade do outro método com as rotinas pessoais e de trabalho exerceu o maior impacto sobre a escolha. Esses dados corroboram os anteriores sobre os motivos pelos quais os pacientes elegeram o método. A rotina pessoal e de trabalho exerce grande influência tanto em homens quanto em mulheres, com destaque maior para indivíduos do sexo masculino que escolheram DP. Intimamente ligada à rotina familiar está o fator “apoio dos familiares”. Observando esse fator de forma isolada, vemos que ele é mais frequente entre pacientes que elegeram HD, refletindo que uma parcela dos pacientes que elegeram HD o fizeram apenas por não ter apoio suficiente de seus familiares para realizarem DP. Temos nesse resultado, então, confirmada a nossa hipótese de que os pacientes com maior suporte familiar escolheriam mais DP e, em contrapartida, os pacientes com menor suporte familiar escolheriam mais HD.

A falta de confiança para realizar outro método foi outro fator de grande impacto sobre a escolha do método dialítico, especialmente entre mulheres que escolheram HD. Talvez essa falta de confiança esteja ligada à incompatibilidade da DP com as rotinas familiares dessas mulheres. Ao avaliarmos a questão relacionada à imagem corporal, percebemos que as mulheres não citam esse fator como motivo para não escolherem

outro método; apenas homens que escolheram HD citam esse fator, mesmo que em menor frequência que os demais fatores.

Embora esse estudo tenha pontos fortes, porém não generalizáveis, suas limitações devem também ser reconhecidas. A amostra pode ser considerada pequena e os indivíduos de apenas um centro foram inclusos no estudo, o que pode oferecer menor variabilidade. Os resultados podem apresentar viés relacionado ao recrutamento da amostra, dado que os pacientes que aceitaram participar do estudo poderiam se sentir mais motivados e engajados do que aqueles que recusaram sua participação. Se isso for verdade, nossos dados na verdade estariam subestimados, o que passa a ser ainda mais preocupante. Em contrapartida, este é, até onde sabemos, o primeiro estudo que avaliou o impacto que a ansiedade, a depressão e o estresse exercem sobre o processo de tomada de decisão na escolha do método dialítico. Além disso, neste estudo demonstramos a evolução desses sintomas após o início da terapia dialítica, o que não foi até então relatado por outros estudos.

Infelizmente, a escolha do paciente nem sempre é respeitada e apesar de um percentual expressivo ter escolhido começar em DP, 9 dos 22 pacientes que iniciaram TRS (40,9%) iniciaram efetivamente HD. Isto pode ser explicado por dificuldades do próprio sistema de diálise oferecido pelo SUS, mas não parece ser o principal motivo. O fato é que, pelo menos dentro da cidade de São Paulo, a Secretaria de Saúde tem vagas disponíveis para DP, enquanto aquelas para HD são muito mais restritas. Neste cenário, temos filas intermináveis de pacientes aguardando uma vaga, seja ambulatoriamente ou mesmo internados. Acreditamos, porém, que a mudança de DP para HD tenha sido pela influência de uma segunda opinião médica que praticamente “convence” o paciente que HD é o melhor método de TRS. Esperamos que, com a maior divulgação de dados semelhantes ao da nossa pesquisa, o paciente passe a ter novamente sua decisão respeitada. Obviamente, para isso é preciso que o suporte de saúde também sofra alguns ajustes de maneira a comportar maior número de pacientes em DP.

Em síntese, ansiedade, depressão e estresse nos pacientes com DRC não impactam na escolha do método dialítico e reduzem substancialmente após o início da diálise. Baseados em nossos achados, recomendamos que a escolha do paciente renal crônico pré-dialítico seja respeitada e priorizada, desde que não haja contraindicação absoluta, durante o processo de tomada de decisões a respeito do método dialítico.

6 CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Em conclusão, após análise dos fatores que podem influenciar a escolha do método dialítico pelo paciente renal crônico, podemos concluir:

1. Um maior percentual de pacientes optou por HD como método de TRS. Porém, nenhuma característica clínica, demográfica ou educacional discriminou pacientes que escolheram um ou outro método dialítico;
2. Os níveis de ansiedade, estresse e depressão em pacientes durante o processo de escolha do método dialítico foram considerados altos;
3. Os escores de depressão, ansiedade e de estresse percebido não foram diferentes entre pacientes que escolheram DP ou HD;
4. Houve significativa redução dos escores de depressão, ansiedade e estresse após o início da TRS, independentemente do método iniciado;
5. Os fatores relacionados à família e a falta de compatibilidade do outro método disponível com as rotinas familiar e de trabalho foram os principais fatores que influenciaram na escolha do método dialítico.

7 ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO:.....
Nº APTO:
CIDADE
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL

.....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.):
.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO.:/...../.....
ENDEREÇO:.....
Nº APTO:
CIDADE
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: O paciente renal crônico e a escolha do método dialítico: uma análise da influência de ansiedade, estresse e depressão.

2. PESQUISADOR : Rosilene Motta Elias

CARGO/FUNÇÃO: Médica assistente INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 84868

UNIDADE DO HCFMUSP: ICHC – Serviço de nefrologia

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X ☐ RISCO MÉDIO ☐ RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : 1 ano

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável _____
Rubrica do pesquisador _____

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

1 – Desenho do estudo e objetivo(s) “essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem o objetivo estudar como a ansiedade, o estresse e a depressão podem afetar a sua escolha do tipo de diálise.

2 – Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros:

Aplicação dos questionários antes do início da diálise: O(a) senhor(a) responderá a três questionários com perguntas que podem ser rapidamente respondidas e que não afetarão a sua escolha do tipo de diálise a ser feita.

Aplicação dos questionários após o início da diálise: O(a) senhor(a) responderá aos mesmos questionários, porém em uma nova consulta após ter iniciado a sua diálise. Essa consulta poderá ter data e horário definidos através de um contato por telefone.

3 – Benefícios para o participante: Não há benefício direto para o participante, mas com a conclusão do estudo talvez isso possa ajudar a entender como a ansiedade, o stress e a depressão podem influenciar na escolha do tipo de diálise.

4 – Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar: Caso o(a) senhor(a) não aceite participar deste estudo, o(a) senhor(a) poderá escolher normalmente o tipo de diálise a ser feito, com a orientação do seu médico nefrologista.

5 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Rosilene Motta Elias, que pode ser encontrada no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 255, quinto andar do prédio de ambulatorios, setor de hemodiálise; Telefone(s) 2661-7167. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 – e-mail: cappesq@hcfmusp.usp.br.

6 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

7 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente;

8 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

9 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

10 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Nenhum material biológico será coletado neste estudo.

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável _____
Rubrica do pesquisador _____

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “O paciente renal crônico e a escolha do método dialítico: uma análise da influência de ansiedade, estresse e depressão”.

Eu discuti com a Dra. Rosilene Motta Elias sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal

Data...../...../.....

Assinatura da testemunha

Data...../...../.....

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.
(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data...../...../.....

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável _____
Rubrica do pesquisador _____

Anexo B – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o pesquisador a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A1) Eu me sinto tenso ou contraído:

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

D2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

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

A3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

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

D4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

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

A5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

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

D6) Eu me sinto alegre:

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

A7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

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

D8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes

1 () De vez em quando

0 () Nunca

A9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

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

D10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

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

A11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

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

D12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

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

A13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

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

D14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

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

Anexo C – Escala de Estresse Percebido

INSTRUÇÕES: As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

0= Nunca
1= Quase nunca
2= Às vezes
3= Quase sempre
4= Sempre

Neste ultimo mês, com que frequência...					
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3 4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3 4
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	0	1	2	3 4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3 4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3 4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3 4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3 4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3 4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3 4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3 4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3 4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3 4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3 4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3 4

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

1. Group KDIGO KCW. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Inter, Suppl.* 2013;3:1-150.
2. Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Rev Assoc Med Bras.* 2010;56(2):248-53.
3. Martín-Cleary C, Ortiz A. CKD hotspots around the world: where, why and what the lessons are. A CKJ review series. *Clinical kidney journal.* 2014;7(6):519-23.
4. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012;380(9859):2095-128.
5. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *The Lancet.* 2013;382(9888):260-72.
6. Levey AS, Coresh J. Chronic kidney disease. *Lancet.* 2012;379(9811):165-80.
7. Wouters OJ, O'Donoghue DJ, Ritchie J, Kanavos PG, Narva AS. Early chronic kidney disease: diagnosis, management and models of care. *Nature Reviews Nephrology.* 2015;11(8):491-502.
8. Brück K, Stel VS, Gambaro G, Hallan S, Völzke H, Ärnlöv J, et al. CKD Prevalence Varies across the European General Population. *Journal of the American Society of Nephrology.* 2015.
9. Sesso R, Lopes A, Thomé F, Lugon J, Watanabe Y, Santos D. Chronic dialysis in Brazil - Report of the Brazilian Dialysis Census, 2011. *Jornal Brasileiro de Nefrologia.* 2012;34(3):272-7.
10. Bastos MG, Kirsztajn GM. Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. *Jornal brasileiro de nefrologia.* 2011;33(1):93-108.
11. Keeney S, McKenna H. An exploration of the choices of patients with chronic kidney disease. Patient preference and adherence. 2014;8:1465-74.
12. Anand S, Bitton A, Gaziano T. The Gap between Estimated Incidence of End-Stage Renal Disease and Use of Therapy. *PloS one.* 2013;8(8):e72860.
13. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. *Jornal Brasileiro de Nefrologia.* 2017;39(3):261-266.

14. Chapter 9: Costs of ESRD. *Am J Kidney Dis*. 2015;66(1):S183-S6.
15. Harwood L, Clark AM. Understanding pre-dialysis modality decision-making: A meta-synthesis of qualitative studies. *International journal of nursing studies*. 2013;50(1):109-20.
16. Johansen KL. Choice of dialysis modality in the United States. *Archives of internal medicine*. 2011;171(2):107-9.
17. Covic A, Bammens B, Lobbedez T, Segall L, Heimbürger O, van Biesen W, et al. Educating end-stage renal disease patients on dialysis modality selection: clinical advice from the European Renal Best Practice (ERBP) Advisory Board. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2010;25(6):1757-9.
18. Levin A, Hemmelgarn B, Culleton B, Tobe S, McFarlane P, Ruzicka M, et al. Guidelines for the management of chronic kidney disease. *Canadian Medical Association Journal*. 2008;179(11):1154-62.
19. Prakash S, Perzynski AT, Austin PC, Wu CF, Lawless ME, Paterson JM, et al. Neighborhood socioeconomic status and barriers to peritoneal dialysis: a mixed methods study. *Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN*. 2013;8(10):1741-9.
20. Skorecki K, Chertow GM, Marsden PA, Taal MW, Yu ASL. *Brenner & Rector's the kidney*. 10th edition. ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016. p. p.
21. Ghaffari A, Kalantar-Zadeh K, Lee J, Maddux F, Moran J, Nissenson A. PD First: peritoneal dialysis as the default transition to dialysis therapy. *Seminars in dialysis*. 2013;26(6):706-13.
22. Blake PG, Quinn RR, Oliver MJ. Peritoneal dialysis and the process of modality selection. *Peritoneal dialysis international : journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*. 2013;33(3):233-41.
23. Mehrotra R, Kermah D, Fried L, Kalantar-Zadeh K, Khawar O, Norris K, et al. Chronic Peritoneal Dialysis in the United States: Declining Utilization Despite Improving Outcomes. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2007;18(10):2781-8.
24. Stack AG. Determinants of Modality Selection among Incident US Dialysis Patients: Results from a National Study. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2002;13(5):1279-87.
25. Brown EA. Peritoneal dialysis for older people: overcoming the barriers. *Kidney international Supplement*. 2008(108):S68-71.
26. Prakash S, Rodriguez RA, Austin PC, Saskin R, Fernandez A, Moist LM, et al. Racial composition of residential areas associates with access to pre-ESRD nephrology care. *Journal of the American Society of Nephrology : JASN*. 2010;21(7):1192-9.

27. dos Santos Grincenkov FR, Fernandes N, Chaoubah A, da Silva Fernandes N, Bastos K, Lopes AA, et al. Longitudinal Changes in Health-Related Quality of Life Scores in Brazilian Incident Peritoneal Dialysis Patients (BRAZPD): Socio-economic Status Not a Barrier. *Peritoneal Dialysis International*. 2013;33(6):687-96.
28. Himmelfarb J, Sayegh MH. Chronic kidney disease, dialysis, and transplantation : companion to Brenner & Rector's the kidney. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2010. xix, 737 p.p.
29. Park JI, Kim M, Kim H, An JN, Lee J, Yang SH, et al. Not Early Referral but Planned Dialysis Improves Quality of Life and Depression in Newly Diagnosed End Stage Renal Disease Patients: A Prospective Cohort Study in Korea. *PloS one*. 2015;10(2):e0117582.
30. Morton RL, Snelling P, Webster AC, Rose J, Masterson R, Johnson DW, et al. Dialysis modality preference of patients with CKD and family caregivers: a discrete-choice study. *American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation*. 2012;60(1):102-11.
31. Manns B, Hemmelgarn B, Lillie E, Dip SC, Cyr A, Gladish M, et al. Setting research priorities for patients on or nearing dialysis. *Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN*. 2014;9(10):1813-21.
32. Wuerth D, Finkelstein S, Schwetz O, Carey H, Kliger A, Finkelstein F. Patients' descriptions of specific factors leading to modality selection of chronic peritoneal dialysis or hemodialysis. *Peritoneal Dialysis International*. 2002;22(2):184-90.
33. Griva K, Li ZH, Lai AY, Choong MC, Foo MW. Perspectives of patients, families, and health care professionals on decision-making about dialysis modality--the good, the bad, and the misunderstandings! *Peritoneal dialysis international : journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*. 2013;33(3):280-9.
34. Chanouzas D, Ng KP, Fallouh B, Baharani J. What influences patient choice of treatment modality at the pre-dialysis stage? *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2012;27(4):1542-7.
35. Mehrotra R, Khawar O, Duong U, Fried L, Norris K, Nissenson A, et al. Ownership patterns of dialysis units and peritoneal dialysis in the United States: utilization and outcomes. *American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation*. 2009;54(2):289-98.
36. Morton RL, Tong A, Howard K, Snelling P, Webster AC. The views of patients and carers in treatment decision making for chronic kidney disease: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Bmj*. 2010;340:c112.
37. Walker RC, Howard K, Morton RL, Palmer SC, Marshall MR, Tong A. Patient and caregiver values, beliefs and experiences when considering home dialysis as a treatment option: a semi-structured interview study. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2016;31(1):133-41.

38. Harwood L, Wilson B, Sontrop J, Clark AM. Chronic kidney disease stressors influence choice of dialysis modality. *Journal of advanced nursing*. 2012;68(11):2454-65.
39. Tuso P. Choosing wisely and beyond: shared decision making and chronic kidney disease. *The Permanente journal*. 2013;17(4):75-8.
40. Garcia-Llana H, Remor E, del Peso G, Selgas R. The role of depression, anxiety, stress and adherence to treatment in dialysis patients' health-related quality of life: a systematic review of the literature. *Nefrologia : publicacion oficial de la Sociedad Espanola Nefrologia*. 2014;34(5):637-57.
41. Mendelssohn DC, Curtis B, Yeates K, Langlois S, MacRae JM, Semeniuk LM, et al. Suboptimal initiation of dialysis with and without early referral to a nephrologist. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2011;26(9):2959-65.
42. Turkistani I, Nuqali A, Badawi M, Taibah O, Alserihy O, Morad M, et al. The prevalence of anxiety and depression among end-stage renal disease patients on hemodialysis in Saudi Arabia. *Renal failure*. 2014;36(10):1510-5.
43. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Cromwell-Smith A, Peterson RA, et al. Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN*. 2007;2(3):484-90.
44. Cukor D, Coplan J, Brown C, Peterson RA, Kimmel PL. Course of depression and anxiety diagnosis in patients treated with hemodialysis: a 16-month follow-up. *Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN*. 2008;3(6):1752-8.
45. Harwood L, Wilson B, Sontrop J. Sociodemographic differences in stressful experience and coping amongst adults with chronic kidney disease. *Journal of advanced nursing*. 2011;67(8):1779-89.
46. Loosman WL, Rottier MA, Honig A, Siegert CEH. Association of depressive and anxiety symptoms with adverse events in Dutch chronic kidney disease patients: a prospective cohort study. *BMC Nephrology*. 2015;16(1):1-8.
47. Macaron G, Fahed M, Matar D, Bou-Khalil R, Kazour F, Nehme-Chlela D, et al. Anxiety, depression and suicidal ideation in Lebanese patients undergoing hemodialysis. *Community mental health journal*. 2014;50(2):235-8.
48. Lee YJ, Kim MS, Cho S, Kim SR. Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. *International Journal of Clinical Practice*. 2013;67(4):363-8.
49. Teles F, de Azevedo VFD, de Miranda CT, Miranda MPD, Teixeira MD, Elias RM. Depression in hemodialysis patients: the role of dialysis shift. *Clinics*. 2014;69(3):198-202.

50. Harwood L, Wilson B, Locking-Cusolito H, Sontrop J, Spittal J. Stressors and coping in individuals with chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*. 2009;36(3):265.
51. Harwood L, Clark AM. Understanding health decisions using critical realism: home-dialysis decision-making during chronic kidney disease. *Nursing inquiry*. 2012;19(1):29-38.
52. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WA. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(5):355-63.
53. Stasiak CES, Bazan KS, Kuss RS, Schuinski AFM, Baroni G. Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. *J bras nefrol*. 2014;36(3):325-31.
54. Marcolino JÁM, Mathias L, Piccinini Filho L, Guaratini A, Suzuki FM, Alli LAC. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev Bras Anesthesiol*. 2007;57(1):52-62.
55. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1983;67(6):361-70.
56. Lazarus RS, Folkman S. Stress, coping and adaptation. New York: Springer; 1984.
57. Luft CDB, de Oliveira Sanches S, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*. 2007;41(4):606-15.
58. Ribitsch W, Haditsch B, Otto R, et al. Effects of a Pre-dialysis Patient Education Program on the Relative Frequencies of Dialysis Modalities. *Peritoneal Dialysis International*. 2013;33(4):367-371.
59. Machowska A, Alscher MD, Vanga SR, Koch M, Aarup M, Qureshi AR, et al. Offering Patients Therapy Options in Unplanned Start (OPTiONS): Implementation of an educational program is feasible and effective. *BMC Nephrol*. 2017;18(1):18.
60. Fernandes N, Bastos MG, Cassi HV, Machado NL, Ribeiro JA, et al. The Brazilian Peritoneal Dialysis Multicenter Study (BRAZPD): Characterization of the cohort. *Kidney International*. 2008;73, S145–S151.
61. Rocco MV, Gassman JJ, Wang SR, Kaplan RM. Cross-sectional study of quality of life and symptoms in chronic renal disease patients: the Modification of Diet in Renal Disease Study. *Am J Kidney Dis*. 1997;29:888–896.
62. Viana MC, Andrade LH. Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *RBP Psychiatry*. 2012;34(3):249–260.

63. Palmer S, Vecchio MC, Craig JC, Tonelli M, et al. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney Int.* 2013;84(1):179-91.
64. Molnar MZ, Streja E, Sumida K, Soohoo M, Ravel VA, Gaipov A, et al. Pre-ESRD Depression and Post-ESRD Mortality in Patients with Advanced CKD Transitioning to Dialysis. *Clin J Am Soc of Nephrol: CJASN.* 2017;12(9):1428-37.
65. Altemus M. Sex differences in depression and anxiety disorders: Potential biological determinants. *Hormones and Behavior.* 2006;50:534–538.

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice 1 – Parecer do Comitê de Ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DA
USP - HCFMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O paciente renal crônico e a escolha do método dialítico: uma análise da influência da ansiedade, estresse e depressão

Pesquisador: Rosilene Motta Elias

Área Temática:

Versão:

CAAE: 30396314.3.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 623.937

Data da Relatoria: 23/04/2014

Apresentação do Projeto:

Pacientes com DRCV irão necessitar de uma terapia renal substitutiva (TRS). As opções disponíveis são: diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal. A escolha do método não depende somente da vontade do paciente. Existem condições médicas que restringem ou que contraindicam uma ou outra modalidade de TRS. O conhecimento a respeito dos fatores associados ao processo de tomada de decisão no tratamento da DRC pode fornecer aos profissionais de saúde as evidências sobre como melhor oferecer programas de educação para os pacientes e suas famílias. Temas mais frequentemente implicados na escolha de um ou outro método são a ansiedade, o estresse e a depressão. O estresse é um fator muito comum em indivíduos com uma doença de longa duração, incluindo aqueles com DRC. Altos níveis de estresse podem ter um impacto nos resultados psicológicos e clínicos. Ansiedade e depressão são os principais problemas psiquiátricos em pacientes com DRCV. . Serão incluídos no estudo pacientes adultos, pré-dialíticos, atendidos no Ambulatório Multidisciplinar de Orientação do HC-FMUSP. Nenhuma interferência será feita na escolha do método dialítico durante o período de estudo. A escala de ansiedade e depressão assim como a escala de estresse percebido serão aplicadas. Um questionário desenvolvido pelo pesquisador com perguntas diretas sobre a escolha da TRS também será aplicado. A hipótese do pesquisador é que fatores sociais e demográficos, bem como

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: marcia.carvalho@hc.fm.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DA
USP - HCFMUSP

Continuação do Parecer: 623.937

grau de estresse e depressão irão influenciar na escolha da TRS.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do presente estudo é avaliar fatores clínicos, sociais e demográficos relacionados à escolha do método dialítico, assim como grau de estresse, ansiedade e depressão no momento dessa escolha.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há benefício direto para o participante. Porém, a pesquisa irá tentar responder quais os fatores que determinam a escolha do método de diálise e possivelmente ajudar futuros pacientes na abordagem do assunto e melhor condução do caso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está adequadamente formulado e fundamentado estando prevista a informação aos participantes de pesquisa através do TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

O projeto tem a finalidade de Mestrado de Cícero Italo Leite Bezerra com orientação da Dra. Rosilene Motta Elias.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: marcia.carvalho@hc.fm.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DA
USP - HCFMUSP

Continuação do Parecer: 623.937

a não publicação dos resultados.

SAO PAULO, 24 de Abril de 2014

Assinador por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador)

Endereço: Rua Ovidio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** marcia.carvalho@hc.fm.usp.br

Apêndice 2 – Questionário de fatores pessoais que influenciam na escolha do método dialítico

Questionários de fatores pessoais que influenciam na escolha do método dialítico

Método escolhido: _____

ATENÇÃO: Apenas uma alternativa deverá ser escolhida para a realização deste questionário.

INSTRUÇÕES: Marque com um “X” a resposta com a qual mais se identifica nas perguntas abaixo:

1. O que o (a) fez escolher esse método?

☐	Motivos relacionados à família
☐	Motivos relacionados ao trabalho
☐	Não tenho motivos específicos
☐	Ainda não decidi qual método é melhor para mim
☐	Nenhuma das respostas acima. Simplesmente acho que vai ser melhor para a minha saúde

2. O que o (a) levou a não escolher o outro método?

☐	Prefiro este método
☐	Não me sinto confiante para fazer o outro tipo de diálise
☐	Não tenho apoio suficiente dos meus familiares
☐	Não tenho a estrutura necessária na minha casa
☐	Já ouvi maus comentários a respeito do outro método
☐	O outro método não é compatível com minha rotina pessoal/de trabalho
☐	Não quero que minha imagem corporal mude
☐	Não quero me sentir preso ao tratamento
☐	Não tenho motivos específicos
☐	Ainda não decidi qual método é melhor para mim
☐	Nenhuma das respostas acima. Simplesmente acho que o outro método não é o melhor para mim