

Qualidade de vida e sintomas depressivos em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise

Quality of life and depressive symptoms in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis

Sílvia Rosane Parcias¹, Aline Pedrini², Brunno Rocha Levone³, Adriana Coutinho de Azevedo Guimarães⁴, Barbie Parcias do Rosário⁵

DOI: 10.5935/2238-3182.20140011

RESUMO

Introdução: nos períodos iniciais do uso da diálise, todos os esforços eram dedicados para a manutenção da vida; atualmente, com os progressos alcançados neste sentido, observa-se preocupação com os aspectos emocionais dos pacientes renais crônicos e com sua qualidade de vida. **Objetivo:** Este trabalho objetiva verificar a relação entre qualidade de vida e sintomas depressivos em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Métodos:** a amostra foi composta de 30 pacientes, aos quais foram aplicados o Inventário de Depressão Maior (MDI) e o questionário de qualidade de vida WHOQOL-abreviado. **Resultados:** a prevalência de depressão foi de 37%. A qualidade de vida foi considerada boa em 89,6% da amostra. Obteve-se fraca associação (Pearson 0,455) entre as variáveis depressão e qualidade de vida. **Conclusões:** esta amostra apresentou bons índices de qualidade de vida e índices moderados de sintomas depressivos.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Depressão; Hemodiálise.

ABSTRACT

Introduction: during the initial periods of the use of dialysis, all effort is devoted to the maintenance of life. Following the progress reached in this regard, there is now concern about the emotional aspects of chronic renal patients and their quality of life. **Objective:** This study aims to investigate the relationship between quality of life and depressive symptoms in chronic renal failure patients undergoing hemodialysis. **Methods:** The sample consisted of 30 patients interviewed using the the Major Depression Inventory (MDI) and abbreviated WHOQOL quality of life questionnaires. **Results:** The prevalence of depression was 37%. Quality of life was considered good for 89.6% of the sample. There was a weak association (Pearson 0.455) between the depression and quality of life variables. **Conclusions:** This sample showed good levels of quality of life and moderate levels of depressive symptoms.

Key words: Quality of Life; Depression; Hemodialysis.

INTRODUÇÃO

Os problemas renais estão se tornando cada vez mais comuns entre a população de todo o mundo. É considerado no Brasil um problema de saúde pública. A cada década aumenta o número de pacientes com problemas renais,¹ destacando-se a insuficiência renal crônica (IRC), doença caracterizada pelo resultado de uma lesão progressiva e irreversível, provocada por doenças que tornam o rim incapaz de exer-

¹ Professora Titular do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Florianópolis, SC – Brasil e da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. Tubarão, SC – Brasil.

² Mestranda em Fisioterapia pela Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Florianópolis, SC – Brasil.

³ Fisioterapeuta da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Florianópolis, SC – Brasil.

⁴ Professora Titular do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Florianópolis, SC – Brasil.

⁵ Médica especializada em Radiologia. Residente da Clínica Lâmina – Hospital de Caridade. Florianópolis, SC – Brasil.

Trabalho resultado de uma bolsa de pesquisa do Programa UNISUL de Iniciação Científica.

Recebido em: 13/10/2011
Aprovado em: 25/02/2013

Instituição:
Departamento de Ciências Da Saúde da UNISUL
Tubarão, SC – Brasil

Autor correspondente:
Aline Pedrini
E-mail: alinepedrini@gmail.com

cer suas funções.² A sintomatologia é evidente quando a função renal se reduz abaixo de 10-12% e torna-se necessário o uso de métodos de tratamento da insuficiência renal, como diálise ou transplante renal.³

Várias doenças podem levar à IRC, entre elas a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* (DM) e glomerulonefrite.⁴ No Brasil, as principais causas da IRC são a nefrosclerose, responsável por 27,1% dos casos, e o DM, com 22,3%.⁵

A hemodiálise (HD), procedimento de apoio à função renal, consiste na remoção de substâncias tóxicas e excesso de líquido do sangue.⁶ A hemodiálise é iniciada em mais de 220.000 pessoas/ano em todo o mundo¹, sendo que no Brasil, em 2008, havia cerca de 40.000 pacientes sob diálise.⁷

Nos períodos iniciais do uso da diálise, toda a preocupação era voltada para a manutenção da vida dos pacientes.⁸ Os avanços tecnológicos e terapêuticos na área de diálise contribuíram para o aumento da sobrevida dos renais crônicos, sem, no entanto, possibilitar-lhes o retorno à vida em relação aos aspectos qualitativos.⁹ Atualmente, muitos progressos foram feitos nesse sentido, abrindo-se espaço para preocupações com os aspectos emocionais dos pacientes e sua qualidade de vida (QV).⁸ O interesse é que os pacientes minorem sua sintomatologia física, mas também as queixas psicossomáticas e psicológicas.¹⁰ O impacto do diagnóstico e do tratamento dialítico pode levar o paciente ao desgaste emocional devido à necessidade de submeter-se a tratamento demorado, com limitações físicas e limitação da vida social.¹¹

A IRC traz consigo manifestações psíquicas que acarretam alterações na interação social e desequilíbrios psicológicos.¹² O transtorno mental mais encontrado em pacientes com IRC é a depressão, presente em 10 a 20% dos casos¹³, entretanto, quase metade dos pacientes sob diálise refere sintomas depressivos.¹⁴ São poucos, entretanto, os estudos controlados que avaliam a relação entre doenças renais e depressão.¹⁵ A depressão gera diminuição da imunidade e dos cuidados pessoais dos pacientes, levando a menos adesão aos tratamentos e dietas necessários¹⁶, podendo, a longo prazo, levar o paciente a óbito.

Sabe-se que o tratamento com a HD altera também a QV dos pacientes, pois é procedimento demorado, que exige que estes se desloquem inúmeras vezes até a unidade de tratamento, alterando o seu cotidiano.⁶ A avaliação da QV relacionada à saúde é de extrema importância e tem se tornado importante critério na avaliação da efetividade de tratamentos e intervenções na

área da saúde⁹, pois por meio desta torna-se capaz a constatação do impacto da doença no paciente.¹⁷

Baseado no exposto, o presente estudo teve por objetivo avaliar a relação entre a QV e sintomas depressivos em pacientes com IRC submetidos à HD.

CASUÍSTICA E MÉTODO

O estudo foi realizado na Clínica de Doenças Renais do município de Tubarão – Santa Catarina, no período de setembro a dezembro de 2008, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, sob o protocolo 08.360.4.01.III.

Foram incluídos no estudo os maiores de 18 anos, com diagnóstico de IRC, realizando HD há pelo menos seis meses e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Excluíram-se pacientes que possuíam alguma condição sistêmica grave, doença psiquiátrica diagnosticada ou com alguma doença que impossibilitasse a compreensão dos questionários aplicados.

Os selecionados foram analisados por meio de um protocolo de pesquisa que foi constituído de dados sociodemográficos como idade, gênero, escolaridade, estado civil, ocupação, causas da IRC, tempo e número de sessões de HD por semana. Aplicou-se a versão em português do Inventário de Depressão Maior (MDI) para o rastreamento de sintomas depressivos e o questionário *World Health Organization Quality of Life – WHOQOL*-abreviado, a fim de avaliar a QV.

O Inventário de Depressão Maior é um questionário contendo 10 itens que avaliam os sintomas de depressão segundo o DSM-IV e o CID-10, além de classificar a depressão em leve, moderada ou grave.¹⁸ Utilizou-se o ponto de corte 16, sugerido por *Parcias et al.*¹⁹ Os pacientes com pontuações ≤ 16 foram considerados com algum grau de depressão.

A versão em português do WHOQOL abreviado foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul – Brasil. É uma versão abreviada, com 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas de sua versão extensa com 100 questões e composta de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Em relação à QV, neste estudo os pacientes foram divididos em dois

grupos, sendo o primeiro considerado com QV ruim (pontuação < 74 pontos) e o segundo composto pelo subgrupo com boa e ótima QV (≥ 75 pontos).²⁰ Foi realizada, independentemente, uma avaliação subjetiva da QV, solicitando-se ao indivíduo uma autoavaliação. O paciente respondeu à questão: “como você acha que está a sua QV: boa ou ruim?”.

Os dados foram analisados por meio dos recursos da estatística descritiva (distribuições de frequências absolutas e medidas de tendência central) e inferencial (teste do qui-quadrado, significativo $p \leq 0,05$), coeficiente de Pearson ($p \leq 0,05$) utilizando-se o programa estatístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

Este é um estudo transversal observacional descritivo, do qual participaram 30 pacientes com idade média de 52,5 anos, diagnosticados com IRC e sob HD há pelo menos seis meses. Dos 30 pacientes selecionados, 11 eram do gênero feminino (37%) e 19 do masculino (63%); com escolaridade média de 7,35 anos; 22 (73,3%) eram casados, três (10%) divorciados e cinco (16,7%) solteiros; sendo 23 (76,7%) aposentados, seis (20%) trabalhadores ativos e um (3,3%) estudante.

As principais causas que levaram à IRC foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, rim policístico, entre outras (Figura 1). O tempo médio de HD foi de 3,7 anos, com todos os pacientes realizando três sessões semanais.

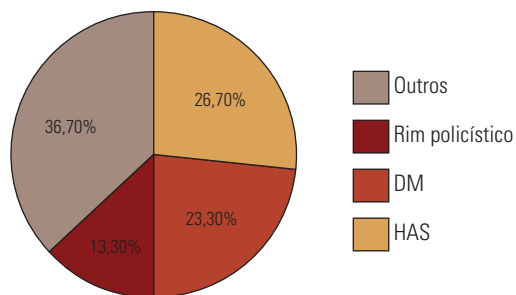


Figura 1 - Principais causas da insuficiência renal crônica.

A pontuação média do MDI foi 14,1 (mediana, moda). Os sintomas depressivos foram observados em 11 (37%) pacientes e ausentes em 19 (63%).

A maioria da amostra (89,6%) obteve boa QV quando avaliada pelo WHOQOL-abreviado. Ao serem indagados sobre a percepção subjetiva da QV, 68,9% a referiram como boa e 31% como ruim (Figura 2).

Houve diferença significativa ($p < 0,05$) quando comparada a QV avaliada por meio do WHOQOL-abreviado com a analisada pela percepção subjetiva do paciente.

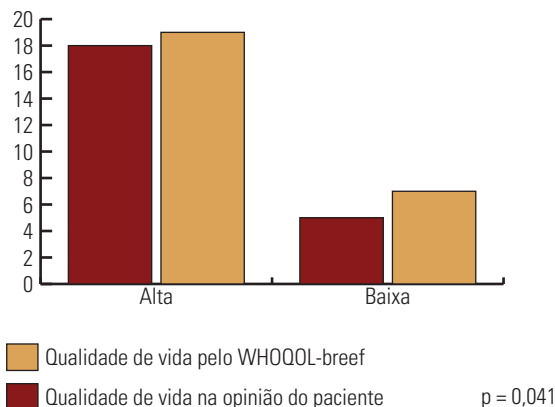


Figura 2 - Comparação entre a qualidade de vida investigada pelo Whoqol-abreviado e a avaliada pela percepção subjetiva do paciente.

A comparação entre QV e os sintomas depressivos obteve coeficiente de Pearson de 0,455 ($p < 0,05$), revelando-se fraca essa associação (Figura 3).

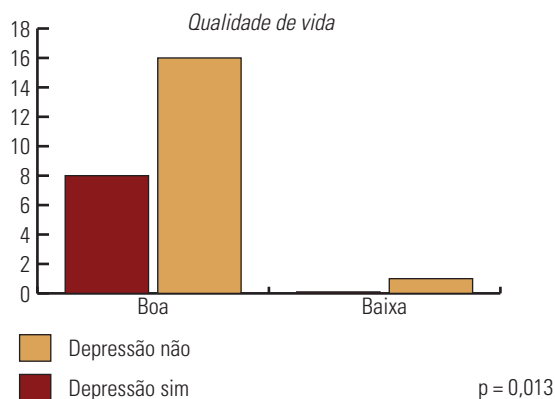


Figura 3 - Comparação entre a qualidade de vida e os sintomas depressivos.

DISCUSSÃO

A IRC é problema de saúde pública, que tem como uma das formas de tratamento a HD. Embora sua taxa de mortalidade no Brasil seja mais baixa que a de vários países desenvolvidos, a sobrevivência dos pacientes ainda pode melhorar.²¹

Neste estudo, a maioria dos pacientes sob HD era composta de homens, como encontrado no Relatório do Censo Brasileiro de Diálise realizado em

2008 com 41.614 pacientes, sendo 57% dos pacientes masculinos.²¹

A depressão em pacientes sob HD ainda é contraditória devido a vários fatores, entre eles, o uso de instrumentos de medidas diferentes.⁸ Lopes *et al.*²² concluíram existir associação entre depressão, morbidade e mortalidade em pacientes sob HD, porém sugeriram mais estudos para confirmarem essa impressão. Neste estudo, foram observados índices de depressão em 37% dos pacientes, entretanto, não foi encontrada outra pesquisa que utilizasse esse instrumento em pacientes sob HD.

A QV das pessoas dependentes da HD sofre alterações significativas devido às restrições na vida cotidiana impostas pela condição crônica.²³ Neste trabalho, foram obtidos altos valores de QV. Valderrabano *et al.*²⁴ concluíram que o impacto da HD em pessoa aposentada é muito menor do que se estivesse em atividade produtiva, o que pode sugerir que a alta QV encontrada nos participantes deste estudo foi devida ao fato de a maioria deles já estar aposentada.

Martins e Cesarino⁹, por meio do questionário SF-36, em amostra bastante semelhante à nossa – pacientes sob HD há aproximadamente dois anos, a maioria casada (53,6%), aposentada (52,8%) e com média de cinco anos de escolaridade –, constataram prejuízo na sua QV, resultados diferentes dos aqui apresentados, que revelaram boa QV. A diferença entre os dois estudos pode ter sido devida ao tempo sob HD e ao emprego de diferentes instrumentos de avaliação.

A percepção de saúde e seu significado podem variar entre os indivíduos ou no mesmo indivíduo ao longo do tempo, bem como na trajetória de sua doença. Normalmente as pessoas percebem sua QV relacionada à saúde, comparando suas expectativas com suas experiências. A QV é conceito altamente individual e sua medida nunca vai capturar todos os aspectos da vida que são importantes para a pessoa.¹¹ Os resultados das duas formas de avaliação da QV neste trabalho diferiram significativamente entre si ($p < 0,041$). Em torno de 89,6% dos indivíduos referiram boa QV quando avaliados pelo WHOQOL-abreviado, enquanto na avaliação subjetiva os que consideraram sua QV boa diminuíram para 68,9%.

Ao tentar explicar as consequências da depressão em indivíduos sob HD, observa-se o impacto importante desse transtorno na QV desses pacientes.⁸ Ao relacionar a QV com os sintomas depressivos, obteve-se fraca associação, que pode ser em parte explicada pelo baixo tempo de diálise apresentado pela amostra, fator que influencia diretamente na QV

quanto nos sintomas depressivos. Os estudos sobre o tempo de HD destacam que, quanto maior a sua duração, é percebida mais resignação à doença.^{25,26}

As limitações encontradas neste estudo referem-se ao reduzido número amostral e ao uso de um único instrumento de avaliação. Assim, para que mais análises possam ser realizadas em replicação deste estudo, sugere-se amostra maior, com diferentes instrumentos de rastreamento da depressão.

CONCLUSÃO

Os sintomas depressivos estavam presentes em menos da metade dos pacientes, bem como a maioria apresentava, apesar da HD crônica, boa QV quando comparados a populações semelhantes.

Devem ser realizados mais estudos com os objetivos aqui apresentados, usando diferentes instrumentos em amostra maior, dada a importância de se verificar o nível de QV, por ela ser fator prognóstico de desfechos clínicos satisfatórios em paciente com IRC sob HD.

REFERÊNCIAS

1. Hafez MH, Abdellatif DA, Elkhatib MM. Prevention of renal disease progression and renal replacement therapy in emerging countries. *Artif Organs*. 2006; 30:501-9.
2. Duarte APG, Mattevi BS, Berlim MT, Morsch C, Thome FS, Barros EJJ, *et al.* Prevalência de depressão maior nos pacientes em HD crônica. *Revista HCPA*. 2000; 20(3):240-6.
3. Torreão CL, Souza SR, Aguiar BGC. Cuidados de enfermagem ao cliente em diálise peritoneal: contribuição para a prática e manejo clínico. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)*. 2009; 1(2):317-25.
4. Crespo K. Prevalência de depressão em pacientes submetidos à HD em uma clínica de doenças renais, Tubarão-SC. [dissertação]. Santa Catarina; 2004.
5. Romão Júnior JE. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *J Bras Nefrol*. 2004; 26(3):1-3.
6. Kimmel PL. Depression in patients with chronic renal disease. What we know and what we need to know. *J Psychosom Res*. 2002; 53:951-6.
7. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de Diálise SBN 2008. Disponível em: http://www.sbn.org.br/censos/censos_anteriores/censo_2008.pdf.
8. Zimmermann PR, Carvalho JO, Mari JJ. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. *Rev Psiquiatr RS*. 2004; 26(3):312-8.
9. Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13(5):670-6.

10. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, *et al.* Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis patients. *Kidney Int.* 2000; 57:2093-8.
11. Thomas C, Alchieri JC. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à HD. *Avaliação Psicol.* 2005; 4(1):57-64.
12. Associação dos Renais e Transplantados do Estado do Rio de Janeiro. Qualidade de vida [texto na Internet]. Rio de Janeiro: ADRETERJ; 2005. Acessado em: 01/07/2011. Disponível em: http://www.adreterj.org.br/f_quali/quali.html.
13. Almeida AM. Revisão: a importância da saúde mental na QV e sobrevivência do portador de insuficiência renal crônica. *J Bras Nefrol.* 2003; 25(3):209-14.
14. Rodin G, Craven J. Depression and endstage renal disease. *In: Robinson RG, Rabins, PV (editors). Aging and clinical practice: depression and coexisting disease.* New York/Tokyo: Igaku-Shoin; 1989.
15. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiq Clín.* 2005; 32(3):149-59.
16. Leveson JL, Glocheski S. Psychological factors affecting end-stage renal disease. A review. *Psychosomatics.* 1991; 32(4):382-9.
17. Ciconelli RM. Medidas de avaliação de QV. *Rev Bras Reumatol.* 2003; 43(2):9-13.
18. Fountoulakis KN, Iacovides A, Kleanthous S, Samolis S, Gougoulas K, Tsiptsios I, *et al.* Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of Major Depression Inventory. *BMC Psychiatry.* 2003; 3:2.
19. Parcias SR, Rosario BP, Sakae T, Monte F, Guimarães ACA, Xavier AJ. Validação da versão em português do Inventário de Depressão Maior (MDI). *J Bras Psiquiat.* 2011; 60(3):164-9.
20. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica.* 2000; 34(2):178-83.
21. Sesso R, Lopes AA, Thomé FS, Bevilacqua JL, Júnior JER, Lugon J. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise. *J Bras Nefrol.* 2008; 30(4):233-8.
22. Lopes AA, Bragg J, Young E, Goodkin D, Mapes D, Combe C, *et al.* Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int.* 2002; 62:199-207.
23. Trentini M, Corradi EM, Araldi MAR, Tigrinho FC. QV de pessoas dependentes de HD considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. *Texto Contexto Enferm.* 2004; 13(1):74-82.
24. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis.* 2001; 38(3):443-64.
25. Baiardi F, Esposit ED, Cocechi R, Fabri A, Sturani, Valpiani G, *et al.* Effects of clinical and individual variables on quality of life in chronic renal failure patients. *J Nephrol.* 2002; 15(1):61-7.
26. Machado LRC. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica em hemodiálise: entre o inevitável e o casual. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2001.