

Sintomas Depressivos e Ansiosos no Paciente Renal Crônico em Tratamento Conservador

Depressive and Anxious Symptoms in Chronic Renal Patients in Conservative Treatment

Síntomas Depresivos y Ansiosos en el Paciente Renal Crónico en Tratamiento Conservador

Fernanda Tabita Zeidan de Souza¹

Instituição Esperança de Ensino Superior (IESPES)

Jena Hanay Araujo de Oliveira

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Resumo

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma síndrome irreversível e progressiva das funções renais que gera consequências físicas e prejuízos psicológicos ao indivíduo. Esse estudo avaliou sintomas de depressão e ansiedade no paciente renal crônico em tratamento conservador. A pesquisa seguiu delineamento transversal com análises descritivas e correlacionais. A amostra foi composta por 61 pacientes maiores de 18 anos diagnosticados com DRC que estavam em tratamento conservador há pelo menos três meses, sendo a participação voluntária e anônima mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os instrumentos utilizados foram: Questionário Sociodemográfico; Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). A conclusão do estudo apontou para associações existentes entre as variáveis: depressão, ansiedade e estágios da DRC. As diferenças obtidas foram estatisticamente significantes para aqueles que se encontravam em estágio inicial e final da DRC, com maior probabilidade de desenvolvimento de transtornos de humor e ansiosos.

Palavras-chave: depressão, ansiedade, doença renal crônica, tratamento conservador

Abstract

Chronic Kidney Disease (DRC) is an irreversible and progressive syndrome of kidneys functions which generates physical consequences and psychological damages to the individual. This study evaluated depression and anxiety in the chronic kidney patient under conservative treatment. The research followed transversal delininyng with descriptive and correlational analysis. The sample was made of 61 patients over 18 years old having DRC who were under conservative treatment for, at least, three months, being a volunteer and anonymous participant after the Free and Clear Consentment Protocol (TCLE) signature. The instruments used were: Social demographic Questionnary; Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI). Existing associations among variables were verified: depression, anxiety and DRC stages. The differences obtained were statistically meaningful for those who are at DRC starting and final stages, with higher probability of development of humor changes and anxious.

Key words: depression, anxiety, chronic kidney disease, conservative treatment

Resumen

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un síndrome progresivo e irreversible de las funciones renales que genera consecuencias físicas y daños psicológicos para el individuo. Este estudio evaluó los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con ERC en tratamiento conservador. La investigación tuvo diseño transversal con análisis descriptivo y correlacional. La muestra consistió en 61 pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de ERC, que estaban en tratamiento conservador durante al menos tres meses, y la participación fue voluntaria y anónima mediante la firma del consentimiento informado. Los instrumentos utilizados fueron: cuestionario sociodemográfico; Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck. La conclusión de este estudio indicó asociaciones entre las variables: depresión, ansiedad y etapas de la ERC. Las diferencias observadas son estadísticamente significativas para aquellos que están en las etapas inicial y final de la ERC, con más probabilidad de desarrollar trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

Palabras-clave: depresión, ansiedad, enfermedad renal crónica, tratamiento conservador

¹ Endereço de Contato: Rua Quatro, 20, bl. C, apto. 102, Edifício Jatobá, Conj. dos Ipês, Recanto dos Vinhais. São Luís, MA, Brasil. CEP: 65070-490. E-mail: fernandazeidan@hotmail.com

Introdução

As doenças crônicas são consideradas doenças de evolução lenta, de longa duração e normalmente recorrentes, exigem tratamento permanente, por isso é necessário que o indivíduo cultive hábitos e atitudes que promovam a consciência para o autocuidado (Silveira & Ribeiro, 2005). Portanto aderir ao tratamento é imprescindível para o controle de uma doença crônica e o sucesso da terapia proposta (Leite & Vasconcelos, 2003). O desenvolvimento no indivíduo de uma doença crônica que gera incapacidades na vida adulta é comumente associado à deterioração, à redução de competências, à dor física e emocional resultante da perda da independência e ao aumento da necessidade de ajuda e assistência (Castro, Fonseca, & Castro 2004). Além disso, os indivíduos que sofrem de alguma doença crônica apresentam incapacidade residual, alterações patológicas irreversíveis, necessitam de reabilitação ou longos períodos de observação e cuidados no decorrer da vida (Santos & Sebastiani, 1996). Diante dessa realidade, chama-se a atenção para um tipo de doença crônica que será abordada nesta pesquisa: a Doença Renal Crônica (DRC).

A DRC é conceituada como uma síndrome irreversível e progressiva das funções glomerular, tubular e endócrina dos rins, caracterizada pela diminuição de uma taxa no organismo denominada de taxa de filtração glomerular menor que 60 ml/min/1,73m² durante um período de três meses ou mais (National Kidney Foundation [K/DOQI], 2002). Os rins tornam-se, portanto, incapazes de manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico, o que resulta em um quadro denominado de uremia (Smeltzer et al., 2008). Os principais sinais e sintomas descritos são: fraqueza, fadiga, confusão mental, cefaleia, prurido, edema, hálito de amônia (“hálito urêmico”), náuseas, vômito, anorexia, constipação, diarreia, anemia, infertilidade, câibras musculares, osteodistrofia renal, entre outros. A intensidade desses sintomas na DRC depende do grau de comprometimento renal e de outras condições subjacentes.

As fases de comprometimento e redução das funções renais são: estágio Zero, com risco aumentado, Taxa de Filtração Glomerular (TFG) maior ou igual a 90 ml/min/1,73m² e presença de fatores de risco para doença renal crônica; estágio 1, com lesão renal e TFG normal ou aumentada; estágio 2, com lesão renal (discreta) e ligeira diminuição da TFG; estágio 3, com diminuição moderada da TFG; estágio 4, com diminuição grave da TFG; estágio 5 é caracterizado pela Doença Renal Crônica terminal (K/DOQI, 2002).

Diante disso, atualmente os tratamentos existentes para a doença renal são caracterizados por três tipos: Diálise, Transplante Renal e Tratamento Conservador. A diálise é um método de remoção de toxinas endógenas e exógenas o qual ajusta o desequilíbrio eletrolítico e regula o volume hídrico dos portadores de DRC. O transplante renal é outro tipo de tratamento que busca ‘curar’ o portador de DRC, realizado por meio do enxerto de um rim saudável de outra pessoa (doador) no portador da doença. O tratamento conservador é utilizado quando há uma queda significativa na função renal, existindo ainda, a possibilidade de cura ou melhora. Na busca de evitar ou retardar a dependência da diálise, são realizados a estimulação e o acompanhamento da função renal por meio de tratamento medicamentoso e exames de rotina (Forte, 2004; Pereira et al., 2003). A detecção precoce da doença renal e condutas terapêuticas adequadas para o retardamento de sua progressão, como a realização do tratamento conservador, torna possível evitar o uso de procedimentos substitutivos da função renal (diálise e transplante), reduzindo o sofrimento dos pacientes, além dos custos

financeiros associados à doença. Porém a progressão das lesões renais normalmente ocorre de forma insidiosa e assintomática no início, dificultando o diagnóstico precoce (Romão Jr., 2004). Os sintomas iniciais podem ser mais bem controlados por medicação, minimizando os prejuízos na rotina de vida, visto que, mesmo que venha futuramente a depender de diálise, ele terá um tempo para se organizar, para se estruturar diante da doença e seu tratamento.

Portanto a DRC, além de trazer consequências físicas ao indivíduo que a vivencia, também traz prejuízos psicológicos, alterando seu cotidiano, sendo também caracterizada como um problema social, que interfere no papel que o próprio enfermo desempenha na sociedade (Kimmel, 2000; Zimmermann, Carvalho, & Mari, 2004). Assim sendo, é estabelecido um longo processo de adaptação a essa nova condição, em que o indivíduo precisa identificar meios para lidar com o problema renal e com todas as mudanças e limitações que o acompanham (Rudnicki, 2007). De acordo com Camon (2003), os pacientes perdem suas atividades escolares, domésticas ou profissionais, modificando dessa maneira todo o contexto no qual estão inseridos, levando-os a uma frágil condição emocional. Ao fazer referência a essa condição, torna-se imprescindível a identificação de determinados aspectos desses pacientes tais como sua história pessoal, suas aspirações, perspectivas de vida, seus medos, ansiedade, depressão, angústias, fantasias, além de outros. Tais aspectos além de sentimentos como tristeza e raiva, por vezes são expressos na unidade de tratamento e com a equipe de saúde, bem como as estratégias de defesa que eles utilizam diante do enfrentamento da atual condição. As investigações que trabalham com os aspectos psicológicos e a doença renal estão relacionadas a comportamentos de mudanças no paladar, a problemas financeiros, instabilidade na condição clínica, problemas sexuais (Saes, 1999), limitações, dor, desgaste, ansiedade e depressão, além de outras dificuldades psicológicas (Kirschenbaum, 1991), cotidiano restrito e monótono (Law, 2002), conflitos emocionais, perda ou diminuição das atividades cotidianas (Castro et al., 2004; Forte, 2004; Rosa & Nogueira, 1990; Valladares, 1984; Zozaya, 1985). É importante salientar que a maioria das pesquisas concentram seus resultados em pacientes que utilizam a hemodiálise como tratamento. Cerca de quase metade dos pacientes em hemodiálise referem sintomas depressivos, e uma característica-chave da depressão é a percepção que o indivíduo tem em relação aos acontecimentos na sua vida (Santos & Sebastiani, 1996). A depressão altera no indivíduo a avaliação sobre sua própria doença e seu tratamento, influenciando assim na própria qualidade de vida desse sujeito, podendo levá-lo a desacreditar em uma perspectiva positiva de futuro, levando-o assim a não aderência ao tratamento (Almeida & Meleiro, 2000). Quanto à ansiedade, pode-se apontá-la como sintoma frequente no paciente, pois a doença é percebida como ameaça à vida e à integridade corporal e como interrupção do meio de sobrevivência, prejudicando a sua identidade de autoridade, muitas vezes necessária ao bem-estar, e trazendo incerteza quanto ao futuro (Barbosa, Aguillar, & Boemer, 1999).

Diante disso, ser portador da DRC é uma situação em que os sintomas de ansiedade e os sintomas depressivos podem fazer-se presentes durante o processo e mesmo durante todo o tratamento (Lacerda et al., 2007). No entanto existem poucos estudos que avaliaram as relações entre doenças renais, depressão e ansiedade. O grupo de pacientes mais estudados é o dos que participam de programas de diálise em doença renal, que envolvia pacientes em algum tipo de terapia renal substitutiva como a hemodiálise, diálise peritoneal ou ambos, complicando a interpretação dos resultados (Teng, Humes, & Demetrio, 2005). Para tanto,

torna-se de fundamental importância a investigação desses aspectos de forma mais detalhada, com o objetivo de pesquisar essa associação no que diz respeito ao tratamento conservador, no qual há uma escassez de estudos referentes a esse escopo.

Depressão no Paciente Renal Crônico

A depressão apresenta alguns especificadores que podem ser usados para descrever a condição clínica e as características atuais do episódio: leve, moderado, grave sem características psicóticas, grave com características psicóticas, crônico, com características ansiosa, mista, catatônica, melancólica, atípica, sazonal e pós-parto (APA, 2013).

É um transtorno com evolução individual e muito variável, mas depende também do diagnóstico precoce, correto e de que o tratamento adequado seja instituído. Assim, os critérios mais utilizados para o diagnóstico e classificação dos estados depressivos se encontram no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, em sua quinta edição (APA, 2013), e na Classificação Internacional de Doenças, décima edição (CID-10). A etiologia da depressão está usualmente associada com alguma perda (Zimmermann et al., 2004; Thomas & Alchieri, 2005; Rudnicki, 2006), e esses danos são normalmente numerosos e duradouros para o paciente com doença renal em tratamento hemodialítico. A perda da função renal, da sensação de bem-estar, do papel na família e no trabalho, perda de fontes de recursos financeiros, da função sexual, entre outras. Kimmel et al. (2000) apontam que os efeitos da depressão são da mesma magnitude que fatores de risco médico entre pacientes renais crônicos em hemodiálise. Em decorrência desses comportamentos, ocorre baixa imunidade, além da dificuldade nos cuidados pessoais, menor aderência ao tratamento e dieta (Levenson & Glocheski, 2011). Estes fatores podem refletir na aderência terapêutica e, conseqüentemente, na qualidade de vida (Rudnicki, 2006; Lacerda et al., 2007).

Ansiedade no Paciente Renal Crônico

A ansiedade é um estado emocional que inclui componentes psicológicos e fisiológicos que fazem parte do estado normal das experiências humanas, não envolvendo um construto unitário. A classificação dos Transtornos de Ansiedade foi reformulada na nova edição do APA (2013) os quais incluem distúrbios que compartilham características de medo excessivo e distúrbios comportamentais relacionados. Os transtornos de ansiedade são diferentes um do outro nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de evitação, e a ideação associada. Diante disso, o nível de ansiedade e o que ela causa pode ser diferenciado pelo exame atento aos tipos de situações que o indivíduo julga e evita, além do conteúdo dos pensamentos ou crenças associadas a essas situações (APA, 2013). De acordo com Dyniewicz, Zanella e Kobus (2004), a ansiedade representa limitações e traz conseqüências ao tratamento para o paciente renal crônico. Pacientes em hemodiálise, ao se adaptarem física e mentalmente a essa modalidade de tratamento que traz prescrições, restrições e dietas, acabam ficando em estado de alerta e tensão, o que desencadeia reações de ansiedade devido à constante exposição às situações estressoras, como a diálise e a permanência frequente em ambiente hospitalar (HIGA, 2008). Por isso, além do acompanhamento médico ao doente renal, é de fundamental importância o acompanhamento psicológico.

Neste trabalho, o enfoque foi investigar os sintomas de depressão e ansiedade nos pacientes em tratamento conservador, entendendo que eles podem estar presentes, influenciando no contexto de saúde e no aspecto psicológico desses indivíduos.

Metodologia

A pesquisa foi realizada no ambulatório de prevenção de doenças renais pertencente ao Serviço de Nefrologia de um Hospital Universitário da região Nordeste.

Participantes: Participaram do estudo 61 pacientes maiores de 18 anos, na faixa etária de 29 a 80 anos, diagnosticados com doença renal crônica e, que estavam em tratamento conservador no ambulatório de prevenção, sendo a participação voluntária e anônima mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Entre os pacientes renais crônicos que realizavam tratamento conservador no ambulatório, foram incluídos somente aqueles: a) em tratamento por pelo menos três meses, que é o período que caracteriza a cronicidade da doença, b) avaliados pelo médico responsável com condições físicas e clínicas e, c) que aceitaram participar do estudo. A amostra estimada inicialmente para o estudo foi de aproximadamente 75 pacientes. Considerou-se para esse cálculo a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade de 70% na população clínica, erro máximo desejado de 5%, nível de significância de 95% e o tamanho da população de 100 pacientes maiores de 18 anos, cadastrados no ambulatório do Hospital Universitário.

Instrumentos: Questionário Sociodemográfico: contendo questões como dados pessoais (gênero, faixa etária, escolaridade, estado civil, renda familiar, ocupação, filhos, número de moradores no domicílio), questões sobre condições de saúde (estágio da DRC, tempo de tratamento, qualidade das informações e orientação recebidas sobre DRC pela equipe multiprofissional, qualidade das informações recebida sobre seu tratamento, percepção sobre o próprio estado de saúde, quantidade de medicamentos em uso atualmente, uso de cigarro), questões sobre nutrição, atividade física e lazer (acompanhamento nutricional, consumo do sal na dieta, consumo de líquidos na dieta, consumo de bebida alcoólica, atividade física e lazer) e questões sobre acompanhamento psicológico (acompanhamento e orientação psicológica, esferas da vida em que ocorreram mudanças após diagnóstico da DRC, rede de apoio social, sentimento mediante o enfrentamento da DRC).

Inventário de Depressão de Beck (BDI): considerado um instrumento conhecido para mensurar a intensidade dos sintomas de depressão, foi desenvolvido por Beck e Steer (CUNHA, 2001). O inventário possui 21 itens que avaliam a intensidade dos sintomas de depressão segundo quatro níveis: mínimo, leve, moderado e grave. A intensidade dos sintomas é analisada pelo escore total, obtido com a soma dos escores dos itens. A classificação da depressão é a seguinte: 0-11 mínimo; 12-19 leve; 20-35 moderado e 36-63 grave. Os estudos de teste reteste variam entre 0,48 e 0,86. O BDI tem sido utilizado no Brasil e em outros países em pesquisas com a população obesa (Jiriki-Babb & Geliebter, 2003; Marcus, 2004; Matos et al., 2002; Pinaquy, Chabrol, Simon, Louvet, & Barbe, 2003; Troisi et al., 2001)

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): é destinado a medir a intensidade dos sintomas de ansiedade (CUNHA, 2001). Possui 21 itens que medem a intensidade dos sintomas de ansiedade. Os itens devem ser avaliados pelo sujeito numa escala de quatro pontos que refletem: 1 – levemente, 2 – não me incomodou muito, 3 – moderadamente: foi muito desagradável

mas pude suportar e 4 – gravemente: difícil de suportar. Para cada item atribui-se um escore individual que varia de 0 a 3 pontos. O escore total é feito pela soma total dos escores individuais e pode variar entre 0 e 63. A interpretação da versão em português é a seguinte: nível mínimo, escores de 0-10; nível leve, escores de 11- 19; nível moderado, escores de 20- 30 e nível grave, escores de 31- 63. Os índices de correlação entre teste e reteste variaram entre 0,53 e 0,56. Como para os demais instrumentos, tem-se verificado o uso desse instrumento em pesquisas com obesos (Jiriki-Babb & Geliebter, 2003).

Procedimento de Coleta Dados: O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão Científica do Hospital Universitário (COMIC) no qual foi realizada a pesquisa, e obteve aprovação. Primeiramente, foi realizado um contato com a equipe de profissionais do ambulatório do hospital no qual se realizou a pesquisa, em que foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e demais informações pertinentes ao processo de coleta de dados e ao estudo como um todo. Os dados foram coletados no ambulatório, nos dias de agendamento de consulta dos pacientes com a equipe de profissionais. Foram selecionados apenas os pacientes que tinham consulta com o médico que acompanhava especificamente aqueles que estavam em tratamento conservador. A pesquisadora abordou os pacientes na sala de espera antes da realização da consulta de rotina, convidando-os para participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada em uma única etapa, de forma individual, na sala destinada ao atendimento de Psicologia do ambulatório. Cada paciente recebeu a explicação sobre a natureza da pesquisa, de seus objetivos e procedimentos e dos aspectos éticos, em que ele era convidado a participar do estudo por meio da assinatura do TCLE. Posteriormente, foi realizada pela pesquisadora a aplicação dos instrumentos de pesquisa, que foram constituídos por um Questionário Sociodemográfico, pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade (BAI).

Procedimento de Análise de Dados: O estudo segue delineamento transversal com análise descritiva, buscando classificar por meio da distribuição da frequência relativa e absoluta na amostra, os níveis dos sintomas de depressão e ansiedade, bem como a associação destes com os estágios da DRC. Os dados foram tabulados em planilha eletrônica Excel e posteriormente analisados pelo programa estatístico SPSS (versão 17.0). A variável dependente foi o estágio da DRC, e as variáveis independentes corresponderam aos níveis de ansiedade e depressão. O perfil sociodemográfico dos pacientes foi obtido pela distribuição percentual das variáveis de condição de saúde e clínicas, variáveis nutricionais e atividade física e, de acompanhamento psicológico. Inicialmente foi realizada a estatística descritiva por meio das frequências absolutas e relativas, e posteriormente foi utilizado o Teste ANOVA para comparar as frequências dos níveis de ansiedade e depressão entre os estágios da DRC. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0.05$).

Resultados

Aspectos Sociodemográficos

Dos 61 pacientes entrevistados, 67,2% eram homens e em sua maioria com idade entre 41 a 60 anos. A avaliação do grau de escolaridade constatou que mais da metade dos pacientes (59%) possuía o ensino médio. A maioria dos entrevistados eram casados (73%), com renda familiar entre um a dois salários mínimos (52,5%), aposentados ou sem atividade (49,2%), com filho(s) (93,4%) e coabitavam com três ou mais pessoas (63,9%) (Tabela 1).

Tabela 1*Distribuição das Variáveis Sociodemográficas*

Variáveis	n	(%)
Gênero		
Feminino	20	(32,8)
Masculino	41	(67,2)
Faixa etária		
Até 40 anos	5	(8,2)
41 a 50 anos	22	(36,1)
51 a 60 anos	22	(36,1)
Mais de 60 anos	12	(19,7)
Escolaridade		
Analfabeto	6	(9,8)
Ensino Fundamental	14	(23,0)
Ensino Médio	36	(59,0)
Ensino Superior	5	(8,2)
Estado Civil		
Solteiro	11	(18,0)
Casado	45	(73,8)
Separado	3	(4,9)
Viúvo	2	(3,3)
Renda familiar em SM		
Menor que 1 SM	4	(6,6)
1 a 2 SM	32	(52,5)
3 a 4 SM	20	(32,8)
5 SM ou mais	5	(8,2)
Ocupação		
Aposentado ou sem atividade	30	(49,2)
Profissional liberal	21	(34,4)
Autônomo	16	(26,2)
Estudante	4	(6,6)
Possuem filhos		
Sim	57	(93,4)
Não	4	(6,6)
Número de moradores no domicílio		
1 pessoa	6	(9,8)
2 pessoas	4	(6,6)
3 a 4 pessoas	39	(63,9)
5 pessoas ou mais	12	(19,7)

Aspectos Referentes à Condição de Saúde

A maioria dos pacientes encontravam-se no estágio três (Tabela II) da DRC. Cerca de 34,4% dos pacientes tinham de quatro a seis anos de tratamento conservador, e o mesmo percentual, 34,4% tinham de sete a nove anos de tratamento conservador. A qualidade das informações e orientação recebidas sobre DRC, bem como a qualidade das informações recebidas sobre o tratamento e a percepção sobre o próprio estado de saúde foram identificadas como regulares na opinião da metade dos participantes. A maioria dos participantes relatou utilizar de três a quatro medicamentos em uso atualmente (59%). De todo o grupo avaliado, 95% dos pacientes afirmaram não fumar.

Aspectos Referentes à Nutrição, Atividade Física e Lazer

A maioria dos pacientes possuía acompanhamento nutricional (96,7%), praticamente não consumia o sal na dieta (55,7%), líquidos (47,5%) e bebida alcoólica (86,9%). Não realizavam atividades físicas (68,9%), e o lazer estava concentrado em passeios (63,9%) e visitas à igreja (86,9%).

Aspectos Referentes ao Acompanhamento Psicológico

De todo o grupo avaliado, estimou-se que 93,4% não realizavam acompanhamento e orientação psicológica. As esferas da vida mais afetadas segundo os pacientes foram: emocional (96,7%) seguida da esfera econômica (90,2%). A rede de apoio social era predominantemente a religião (88,5%) e a família (80,3%). Já o sentimento predominante mediante o enfrentamento da enfermidade era a esperança de cura (93,4%). Esses dados foram resultados das perguntas feitas aos pacientes, presentes no questionário de saúde e condição clínica.

Aspectos Referentes aos Sintomas de Depressão e Ansiedade

Com relação aos resultados do BDI, 42,6% dos pacientes apresentaram o nível mínimo de sintomas depressivos, seguido de 39,3% com sintomas leve. Em compensação, houve um percentual relevante de pacientes no nível moderado e grave de sintomas, totalizando 18% da amostra. Com relação aos sintomas de ansiedade na população estudada, cerca de 45,9% dos pacientes apresentaram o nível mínimo de sintomas ansiosos. Em contrapartida, o percentual de pacientes no nível moderado (11,5%) e grave de sintomas (9,8%) também foi um pouco maior em comparação aos de depressão, totalizando 21,3% da amostra estudada. A correlação entre as variáveis depressão, ansiedade e estágio da doença renal crônica evidenciou menores níveis de sintomas para aqueles pacientes que estavam nos estágios três e quatro, comparados aos que estavam nos níveis dois e cinco. A diferença obtida por meio da utilização do teste ANOVA foram estatisticamente significantes em relação especificamente aos níveis moderado e grave de sintomas para os estágios três e quatro, e dois e cinco.

Tabela 2

Associação Entre os Estágios da DRC e os Níveis de Ansiedade e Depressão

Escalas	Estágio da DRC								Valor de P
	2		3		4		5		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Níveis de ansiedade									0,037*
Mínimo	5	(35,7)	14	(51,9)	6	(50,0)	3	(37,5)	
Leve	4	(28,6)	10	(37,0)	5	(41,7)	1	(12,5)	
Moderado	2	(14,3)	3	(11,1)	1	(8,3)	1	(12,5)	
Grave	3	(21,4)	0	(0)	0	(0)	3	(37,5)	
Níveis de depressão									0,001*
Mínimo	4	(28,6)	12	(44,4)	8	(66,7)	2	(25)	
Leve	6	(42,8)	15	(55,6)	3	(25,0)	0	(0)	
Moderado	2	(14,3)	0	(0)	0	(0)	3	(37,5)	
Grave	2	(14,3)	0	(0)	1	(8,3)	3	(37,5)	

* Diferenças estatisticamente significativas pelo teste ANOVA (P < 0,05).

Discussão

O perfil sociodemográfico dos pacientes entrevistados aponta que mais da metade deles tinham apenas o ensino médio, estavam aposentados ou não realizavam qualquer atividade laboral. A maioria tinha filhos, e a renda era inferior a três salários mínimos. Corroborando, portanto, com dados da literatura internacional, que parecem indicar que indivíduos mais propensos à doença renal crônica são aqueles que apresentam condições mais desfavoráveis de vida, tais como: baixa renda pessoal e familiar, baixo grau de escolaridade, condições essas que mal satisfazem as necessidades de sobrevivência quando se leva em conta o tamanho da família e os gastos que porventura são necessários dispensar com a doença continuamente (White et al., 2008; Fischer et al., 2010; Barros, Francisco, Zanchetta, & César, 2011; Huda, Alam, & Rashid, 2012), o que pode influenciar também o próprio cuidado com a saúde. Questões sobre a doença, tratamento, medicamentos e dietas indicaram que muitas dessas informações são oferecidas. Mas, talvez, pela complexidade ou por incompreensão dessas informações, fazem com que o portador de agravo crônico não consiga absorvê-las e transformá-las em ação para benefício da sua saúde. Considera-se que a falta de compreensão pode afetar vários aspectos da vida dos indivíduos e acelerar sua entrada no tratamento hemodialítico (Rembold, Santos, Vieira, Barros, & Lugon, 2009; Morton et al., 2012). Isso pode ser demonstrado através dos dados de informação sobre a doença, o tratamento e a percepção geral da saúde que em sua maioria apontaram como regulares.

Além disso, pesquisas já demonstraram que a melhora de parâmetros clínicos e laboratoriais, com conseqüente melhoria da percepção de saúde, está associada à maior adesão às recomendações por parte dos pacientes que são assistidos por equipe multiprofissional (Santos, Filgueiras, Chaoubah, Bastos, & Paula, 2008; Hansen, Chin, Blalock, & Joy, 2009). Por esses motivos, o acompanhamento multidisciplinar tem sido apontado como essencial para auxiliar esses indivíduos. A falta de adesão do paciente ao tratamento prejudica a sua qualidade de vida em vários segmentos, pois diminui a chance de prorrogação do início da terapia dialítica (Morton et al., 2012).

Em relação às dimensões de nutrição, atividade física e lazer, a mais prejudicada nos pacientes avaliados neste estudo foi a realização de atividade física. Nesse contexto, percebe-se que o maior impacto sentido pelos pacientes foi não exercer qualquer atividade e/ou esporte por acreditar que a doença renal é a responsável por impossibilitá-los de tal tarefa. A influência negativa do adoecimento indica que os pacientes sofrem com as limitações impostas pela doença renal, relacionadas aos aspectos físicos, no tipo e na quantidade do trabalho e nas atividades habituais e corriqueiras que desempenham.

A falta de acompanhamento psicológico contínuo, fora os cuidados dispensados pela equipe multiprofissional da instituição, surge como um dado preocupante quando se refere aos aspectos de saúde mental desses pacientes, visto que, dentre as esferas da vida mais afetadas segundo relato dos próprios pacientes, foi, em maior número, a esfera emocional, tendo como sentimento primordial mediante o enfrentamento da enfermidade: a esperança de cura. Esse fato que parece responder àquilo que foi presente nos relatos dos pacientes – o aspecto psicológico sendo influenciado pelo adoecer. O fato de a grande maioria não residir na mesma cidade onde ficam as instalações do ambulatório parece ser um fator importante para que esses pacientes possam estar em um acompanhamento mais próximo e contínuo,

visto que os retornos para consultas de rotinas são realizados em sua grande maioria em uma frequência trimestral e/ou semestral.

De acordo com Bock, Furtado e Teixeira (2002, p. 194), “as emoções são expressões afetivas acompanhadas de reações intensas e breves do organismo, em resposta a um acontecimento inesperado ou, às vezes, a um acontecimento muito aguardado”. Vasconcellos (2008) relata, em seu estudo, que há uma diversidade de perspectivas teóricas acerca das emoções. Dessa forma, compreender uma definição de emoção depende da perspectiva teórica em que se encontra implícita essa definição. Para Vasconcellos (2008, p. 19), as emoções são “como sistemas complexos que implicam recursos psicológicos, interpessoais, sociais, culturais, além de envolverem processos neurofisiológicos, neuroanatômicos”. É possível observar nas emoções uma relação entre os afetos e a organização corporal, ou seja, as modificações e as reações que ocorrem no organismo e, nesse caso, no organismo que adoeceu cronicamente. A capacidade que se tem para reagir emocionalmente é a de distinguir entre as situações presentes ou futuras, que podem ser ameaçadoras ou benéficas, e responder adequadamente a elas. Os pacientes renais crônicos, de modo geral, têm certa dificuldade em expressar seus sentimentos acerca do adoecimento, diferentemente de pacientes com outros tipos de doença orgânica (Rudnicki, 2006), o que nessa situação implica a diminuição da capacidade de enfrentamento e da utilização de recursos mais adaptativos frente à situação de adoecimento.

O que parece acontecer é que, à medida que a gravidade do adoecimento evolui, os recursos internos de enfrentamento que a pessoa dispunha antes da doença, tornam-se menos eficazes e mais geradores de sofrimento psíquico. Os dados referentes aos sintomas de depressão e ansiedade encontrados no estudo foram de extrema relevância, pois demonstraram que esses pacientes apresentavam alguma sintomatologia relacionada a esses quadros, mesmo que em níveis mínimos e leves. Segundo Thomas e Alchieri (2005), Meneze (2007) e Rudnicki (2006), diante da doença renal, o paciente enfrenta várias mudanças em seu estado emocional, como: diminuição da imunidade, ansiedade, insegurança, perdas, angústia, medo do desconhecido, entre outros, podendo ocasionar depressão ou estado depressivo, acarretando juntamente a essas mudanças emocionais, menor aderência à dieta e ao tratamento, fraqueza e inutilidade, bem como outros aspectos prejudiciais para a saúde. Estudos indicam a depressão como uma síndrome psiquiátrica altamente prevalente na população em geral; estima-se que acometa 3% a 5% desta. A incidência aumenta quando estudada em populações clínicas, girando em torno de 5% a 10% nos pacientes ambulatoriais e 9% a 16% em internados (Katon, Sullivan, & Walker, 2001). O grau de depressão varia desde um leve transtorno de ajustamento a um transtorno depressivo maior severo (Soares, Costa, & Mesquita, 2006). A síndrome depressiva acompanha frequentemente as patologias clínicas crônicas e, quando presente, acaba levando a piores evoluções, pior aderência aos tratamentos propostos, pior qualidade de vida e maior morbimortalidade como um todo. Os transtornos depressivos, apesar de sua alta prevalência, continuam sendo subdiagnosticados e/ou subtratados, com doses insuficientes de medicamentos e manutenção de sintomas residuais, que comprometem a evolução clínica dos pacientes (Teng, Humes, & Demetrio, 2005).

Isso vem a corroborar com as pesquisas que têm focado na associação de fatores socioambientais, estresse, ansiedade e depressão com as doenças renais crônicas (Kaptein et al., 2010; Leyro, Zvolensky, & Bernstein, 2010; Coutinho & Tavares, 2011; Diniz, Marques, Blaya,

& Schor, 2012; Pupiales Guamán, 2012), enquanto outros buscam medir adaptações fisiológicas e/ou psicológicas na doença crônica (Nifa & Rudnicki, 2010; Coutinho, Vasconcelos, Lopes, Wadie, & Tavares, 2010; Leiva-Santos et al., 2012). Numerosas variáveis psicológicas mostram sua influência no ajustamento à doença crônica, dentre elas a ansiedade e a depressão (Paes de Barros, Nishiura, Heilberg, & Kirsztajn, 2011).

As análises entre os sintomas depressivos e ansiosos e os estágios da DRC apresentaram significância estatística ($p=0,037$ para sintomas depressivos e $p=0,001$ para sintomas ansiosos), as médias dos escores mínimo, leve, foram menores no estágio V em relação ao IV e, o estágio IV em relação ao II. Já nos níveis moderado e grave de sintomatologia, foi observado que os estágios II e V em relação ao III e IV tiveram médias maiores nesses domínios, o que pode indicar que, nos estágios II e V da DRC, há predominância de sintomas depressivos e ansiosos com maior probabilidade de desenvolvimento de transtornos de humor. Isso parece sinalizar para uma piora no quadro psicológico desse paciente nos níveis iniciais e finais da DRC, especificamente no momento em que o indivíduo é diagnosticado e necessita iniciar o tratamento conservador e, posteriormente, quando o quadro evolui e possivelmente vislumbra-se o início de alguma modalidade de TRS. Em ambas as situações, se configuram um momento de sofrimento emocional, em parte porque o indivíduo descobre ser portador de uma doença crônica e, na outra vertente, percebe que os recursos de tratamento de que dispõe agora são as terapias renais substitutivas, o que ocasiona uma perda da qualidade de vida e saúde, pelo próprio efeito que o tratamento ocasiona e pelo fato de ser invasivo. Diante desses dados, é possível observar a diferença no manejo da saúde do paciente e no seu modo de reagir ao adoecimento, tratamento e adesão à terapêutica.

O trabalho de Zimmermann et al. (2004) envolvendo doentes renais crônicos e realizado em Porto Alegre, encontrou prevalência de depressão em 24,39% da amostra. Outro estudo realizado em 2005, na Bahia, aponta 8,6% de episódios depressivos maiores nos pacientes avaliados. Por sua vez, um trabalho realizado em Brasília encontrou a prevalência de depressão de 68,1% (Garcia, Veiga, & Motta, 2010).

Existem poucos estudos no Brasil que mensurem a real prevalência dos transtornos depressivos e ansiosos em pacientes renais crônicos em tratamento conservador, dificultando o planejamento, a organização e a avaliação da assistência à saúde mental no país. Pacientes com sintomas depressivos e ansiosos associados à DRC apresentam índices de qualidade de vida diminuídos, além de maiores taxas de morbimortalidade, o que reflete a necessidade de correta identificação e tratamento dessas patologias bem como a necessidade de acompanhamento psicológico contínuo.

Considerações Finais

Esta pesquisa demonstrou que os sintomas de depressão e ansiedade estão diretamente relacionados aos estágios da DRC, posto que parece haver um aumento no quadro desses sintomas nos níveis dois e cinco. E o mesmo ocorre com a dimensão psicológica desses pacientes, na qual o aspecto emocional fica especialmente afetado, desencadeando um sofrimento psíquico considerável, que pode acarretar dificuldades no manejo e enfrentamento do quadro de adoecimento. Sendo assim, torna-se mister destacar que a assistência psicológica deve ser contínua, para um melhor manejo do tratamento e do aspecto emocional,

além da manutenção concomitante do tratamento multidisciplinar. A partir disso, pode se configurar uma melhora na avaliação e na elaboração de estratégias terapêuticas mais aplicáveis e efetivas no manejo desses pacientes, as quais resultem numa melhora da qualidade de vida e saúde. Por fim, esta pesquisa também sinaliza para a necessidade de se realizarem outros estudos para melhor compreender o impacto dessa sintomatologia no prognóstico em longo prazo desse grupo, inclusive com um aumento da amostra e/ou a utilização de outros instrumentos que validem este estudo. Além disso, é relevante que se investiguem de forma mais detalhada quais recursos de enfrentamento psicológico que o indivíduo utiliza diante de uma situação de adoecimento crônico.

Referências

- Almeida, A. M., & Meleiro, A. M. A. S. (2000). Revisão: Depressão e insuficiência renal crônica: Uma revisão. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 22(1), 192-200.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a ed.). Washinton, DC: American Psychiatric Association.
- Barbosa, J. C., Aguillar, O. M., & Boemer, M. R. (1999). O significado da insuficiência renal crônica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52(2), 293-302.
- Barros, M. B. A., Francisco, P. M. S. B., Zanchetta, L. M., & César, C. L. G. (2011). Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3755-3768.
- Bock, M. B., Furtado, O., & Teixeira, M. L. T. (2002). *Psicologias: Uma introdução ao estudo da Psicologia* (13a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Camon, V. A. A. (2003). *A psicologia no hospital* (2a ed.). São Paulo: Thomson.
- Castro, E. E. C. C., Fonseca, M. A. A., & Castro, J. O. C. (2004). Dimensões psicológicas e psiquiátricas. In W. A. Pereira. *Manual de transplantes de órgãos e tecidos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Coutinho, N. P. S., Vasconcelos, G. M., Lopes, M. L. H., Wadie, W. C. A., & Tavares, M. C. H. (2010). Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Revista Pesquisa em Saúde*, 11(1), 13-17.
- Coutinho, N. P. S., & Tavares, M. C. H. (2011). Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. *Caderno Saúde Coletiva*, 19(2), 232-239.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Diniz, D. P., Marques, D. A., Blaya, S. L., & Schor, N. (2012). Eventos estressores e lesão renal aguda. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 34(1), 50-57.
- Dyniewicz, A. M., Zanella, E., & Kobus, L. S. G. (2004). Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: A história oral como estratégia de pesquisa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 199-212.
- Fischer, M. J., Kimmel, P. L., Greene, T., Gassman, J. J., Wang, X., & Brooks, D. H. (2010). Sociodemographic factors contribute to the depressive affect among African Americans with chronic kidney disease. *KidneyInt*, 77(11), 1010-1019.
- Forte, L. T. (2004). *Nefrologia*. Curso de Especialização em Psicologia da Saúde e Hospitalar da Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Instituto de Ensino e Pesquisa, Goiânia, Goiás. (Texto não publicado).

- Garcia, T., Veiga, J. P. R., & Motta, L. O. C. (2010). Comportamento depressivo e má qualidade de vida em homens com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(4), 149-159.
- Hansen, R. A., Chin, H., Blalock, S., & Joy, M. S. (2009). Pre-dialysis chronic kidney disease: Evaluation of quality of life in clinic patients receiving comprehensive anemia care. *Res Social Adm Pharm*, 5(2), 143-153.
- Higa, K. (2008). Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista Enfermagem*, 21(n. especial), 203-206.
- Huda, M. N., Alam, K. S., & Rashid, H. U. (2012). Prevalence of chronic kidney disease and its association with risk factors in isadvantageous population. *Int J Nephrol*, 12(1), 1-7.
- Jiriki-Babb, P., & Geliebter, A. (2003). Comparison of psychological characteristics of bingeing and nonbinging obese, female outpatients. *Eating Weight Disorder*, 8(2), 173-177.
- Kaptein, A. A., VanDijk, S., Broadbent, E., Falzon, L., Thong, M., & Dekker, F. W. (2010). Behavioral research in patients with end-stage renal disease: A review and research agenda. *Patient Education and Counseling*, 81(1), 23-29.
- Katon W., Sullivan, M., & Walker, E. (2001). Medical symptoms without identified pathology: Relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma and personality traits. *Ann Intern Med*, 134, 917-925.
- Kimmel, P. L. (2000). Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: Correlates and outcomes. *American Journal of Kidney Diseases*, 35(4), 132-140.
- Lacerda, D. O., Oliveira, P. M., Militao, D. B., Carneiro, H. Q., Toledo, G. O. P. P., Paula, M. M. M. & Prado, M. R. M. C. (2007). Problemas psicossociais e a depressão em pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Científica da FAMINAS*, 3(1), 258.
- Law, M. (2002). Participation in the occupations everyday life. *Am J Occupat Therapy*, 56(6), 640-649.
- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: Elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782.
- Leiva-Santos, J. P., Sánchez-Hernández, R., García-Llana, H., Fernández-Reyes, M. J., Heras-Benito, M., Molina-Ordas, A., . . . Álvarez-Ude, F. (2012). Cuidados de soporte renal y cuidados paliativos renales: Revisión y propuesta en terapia renal sustitutiva. *Nefrología*, 32(1), p. 20-27.
- Levenson, J. L., & Glochesky, S. (1991). Psychological factors affecting end-stage renal disease, a review. *Psychosomatics*, 32(4), 382-389.
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin*, 136, 576-600.
- Marcus, D. A. (2004). Obesity and the impact of chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 20(3), 186-191.
- Matos, M. I., Aranha, L. S., Faria, A. N., Ferreira, S. R. G., Bacaltchuck, J., & Zanella, M. T. (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 165-169.
- Meneze, C. L., Maia, E. R., & Lima Júnior, J. F. (2007). O impacto da hemodiálise na vida dos portadores de Insuficiência Renal Crônica: Uma análise a partir das necessidades humanas básicas. *Nursing*, 10(115), 570-576.

- Morton, R. L., Snelling, P., Webster, A. C., Rose, J., Masterson, R., & Johnson, D. W. (2012). Factors influencing patient choice of dialysis versus conservative care to treat end-stage kidney disease. *Canadian Medical Association Journal*, 184(5), 277-283.
- National Kidney Foundation (2002). Clinical practice guidelines- For chronic kidney disease: Evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis*, 39(2), S1-S246.
- Nifa, S., & Rudnicki, T. (2010). Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. *Revista da SBPH*, 13(1), 64-75.
- Paes de Barros, B., Nishiura, J. L., Heilberg, I. P., & Kirsztajn, G. M. (2011). Ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com nefropatia familiar. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 33(2), 120-128.
- Pereira, L. C., Chang, J., Fadil-Romão, M. A., Abensur, H., Araújo, M. R. T., Noronha, I. L., . . . Romão Júnior, J. E. (2003). Qualidade de Vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 25(1), 10-16.
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J. P., & Barbe, P. (2003). Emotion eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obesity Research*, 11(2), 195-201.
- Pupiales Guamán, A. M. (2012). *Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular, atendidos en el área de medicina interna del hospital provincial docente Ambato, en el período comprendido entre enero y marzo del*. Disponível em <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/3015?show=full>.
- Romão Jr., A. (2007). Doença renal crônica: Do diagnóstico ao tratamento. *Prática Hospitalar, ano IX* (52).
- Rosa, D. P., & Nogueira, W. P. (1990). Reações emocionais de pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira de Medicina*, 47(8), 365-370.
- Rudnicki, T. (2006). Sol de invierno: Aspectos emocionales del paciente renal crônico. *Revista Diversitas: Perspectivas em Psicologia*, 2(2), 279-288.
- Rudnicki, T. (2007). Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. *Estudos de Psicologia*, 24(3), 343-351.
- Rembold, S. M., Santos, D. L. S., Vieira, G. B., Barros, M. S., & Lugon, J. R. (2009). Perfil do doente renal crônico no ambulatório multidisciplinar de um hospital universitário. *Acta Paul Enferm*, 22, 501-504.
- Santos, C. T., & Sebastiani, R. W. (1996). Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In V. Angerami-Camon (Org.). *E a psicologia entrou no hospital* (pp. 147-175). São Paulo: Pioneira.
- Santos, F. R., Filgueiras, M. S. T., Chaoubah, A., Bastos, M. G., & Paula, R. B. (2008). Efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida e em parâmetros laboratoriais de pacientes com doença renal crônica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(3), 87-95.
- Saes, S. C. (1999). Alterações comportamentais em renais crônicos. *Nursing*, 12, 17-19.
- Silveira, L. M. C., & Ribeiro, V. M. B. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: Espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 91-104.
- Smeltzer, C. S., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H., (2008). *Brunner & Suddarth - Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (11a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Soares, H. L., Costa, R. A., & Mesquita, E. T. (2006). Depressão e as doenças cardiovasculares. *Revista do Departamento de Psicologia da UFF, 18*(2), 201-202.
- Kirschenbaum, D. S. (1991). Integration of clinical psychology into hemodialysis programs. In J. J. Sweet, R. H. Rozensky, & S. M. Tovian (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings* (pp. 567–586). New York: Plenum Press.
- Taraska, N., & Vijayan, A. (2012). Management of Chronic Kidney Disease. In Cheng, S.; Vijayan, A. *Nephrology Subspecialty Consult* (3a ed., pp. 292-309). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Teng, C. T., Humes, E. C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica, 32*(3), 149-159.
- Thomas, C. V., & Alchieri, J. C. (2005). Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à Hemodiálise. *Avaliação Psicológica, 4*(1), 57-64.
- Troisi, A., Scucchi, S., San Martino, L., Montera, P., D'Amore, A., & Moles, A. (2001). Age specificity of the relationship between serum cholesterol and mood in obese women. *Physiology Behavior, 72*(3), 409-413.
- Valladares, H. M. A. (1984). Unidade de diálise – A idealização de uma tarefa conjunta. *Boletim de Psiquiatria, 17*, 123-129.
- Vasconcellos, C. M. (2008). *Emoções e aprendizagem em um curso para o desenvolvimento de competências empreendedoras* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil). (não publicada).
- White, S. L., Mcgeechn, K., Jones, M., Cass, A., Chadban, S. J., & Polkinghorne, K. R. (2008). Socioeconomic disadvantage and kidney disease in the United States, Australia, and Thailand. *Am J Public Health, 98*(7), 1306-1313.
- Zimmermann, P. R., Carvalho, J. O., & Mari, J. J. (2004). Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 26*(3), 34-39.
- Zozaya, J. L. G. (1985). El medico y el paciente en el contexto de la enfermedad crónica. *Revista Centro Policlin Valência, 3*(1), 117-119.

Recebido: 31/10/2015

Última revisão: 16/11/2016

Aceite final: 16/05/2017

Sobre os autores:

Fernanda Tabita Zeidan de Souza: Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Maranhão. Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde – HUPD/HUUFMA. Professora assistente do Departamento de Psicologia da Instituição Esperança de Ensino Superior (IESPES), Santarém, Pará. **E-mail:** fernandazeidan@hotmail.com

Jena Hanay Araujo de Oliveira: Doutora em Psicologia e Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Professora adjunta do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão. **E-mail:** jenahanay@gmail.com

