

Perfil sociodemográfico, eventos de vida e características afetivas de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento por hemodiálise e diálise peritoneal: um estudo descritivo

Sociodemographic Profile, Events of Life and Affective Characteristics of Patients with Chronic Insufficiency Renal in Treatment for Hemodialysis and Peritoneal Dialysis: a Descriptive Study

THAIS FONSECA MENEZES OLIVEIRA*

NIRALDO DE OLIVEIRA SANTOS**

ROSA CARLA DE M. M. LOBO***

KÁTIA OSTERNACK PINTO****

SHEILA ARAÚJO BARBOZA*****

MARA CRISTINA SOUZA DE LUCIA*****

- * Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar do Centro de Estudos em Psicologia da Saúde (CEPSIC) da Divisão de Psicologia do Hospital das Clínicas da FMUSP, em parceria com a Santa Casa de Misericórdia de Maceió (SCMM).
- ** Psicólogo, Assistente de Direção da Divisão de Psicologia do ICHC/FMUSP, coordenador do Curso de Pós-graduação em Psicologia Hospitalar (CEPSIC e SCMM), orientador da pesquisa.
- *** Psicóloga, responsável pelo Serviço de Psicologia da SCMM, coordenadora do Curso.
- **** Psicóloga, Chefe da Divisão de Psicologia do HC-FMUSP.
- ***** Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar e responsável pelo Serviço de Psicologia da Clínea.
- ***** Diretora da Divisão de Psicologia do ICHC/FMUSP. Presidente do CEPSIC. Coordenadora do Curso.

RESUMO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) acarreta aos pacientes limitações físicas e psicológicas, o que provoca sentimentos de impotência e abandono, suscitando a emergência de diversas desordens e dificuldades psicológicas. O presente estudo teve como objetivos apresentar o perfil sociodemográfico, eventos de vida e características afetivas de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento por hemodiálise (HD) e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD). Foram incluídos neste estudo 30 sujeitos em tratamento, há mais de seis meses, sendo 15 sujeitos em tratamento por HD e 15 por CAPD. Como instrumentos, utilizaram-se: entrevista semidirigida, Escala de Avaliação do Reajustamento Social (EARS) e Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS). Verificou-se que os pacientes em HD possuem maior probabilidade de desenvolver outros problemas de saúde (74%) e maiores índices de ansiedade (47%). Em contrapartida, os pacientes em tratamento por CAPD apresentaram maior incidência de depressão (47%).

Palavras-chave: Insuficiência renal crônica. Ansiedade. Depressão. Psicologia da saúde.

ABSTRACT

The Chronic Renal Insufficiency (CRI) causes physical and psychological limitations to patients, leading to feelings of impotence and helplessness, and consequently to the emergency of several disorders and psychological difficulties. This study aimed to describe sociodemographic profile, events of life and affective characteristics of patients with chronic insufficiency renal in treatment for hemodialysis (HD) and continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). Thirty patients in treatment for more than six months were included in the study, of which 15 were in treatment with HD and 15 with CAPD. The Social Readjustment Rating Scale (SRRS), a semi-directed interview and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were used as instruments for evaluation. It was verified that the patients in HD possess greater probability to develop other problems of health (74%) and greater anxiety indices (47%). On the other hand, the patients in treatment for CAPD had presented greater depression incidence (47%).

Keywords: Chronic renal insufficiency; Anxiety; Depression; Health psychology.

De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (Censo/SBN 2007), em janeiro de 2007, a prevalência de pacientes em diálise por milhão na população brasileira (pmp) era de 391. O número absoluto de pacientes em tratamento dialítico, nessa ocasião, era de 73.605, correspondendo a um aumento de 3,85 em relação ao ano anterior. Destes pacientes, 90,8% estavam em tratamento por hemodiálise e 9,2% em diálise peritoneal. Vale a pena ressaltar que, de acordo com o referido censo, 25,5% dos pacientes em diálise tinham mais de 65 anos de idade, números que tendem a crescer em virtude do aumento da expectativa de vida do brasileiro.

Draibe (2002, p. 179) conceitua a “insuficiência renal crônica como uma síndrome complexa conseqüente à perda, geralmente lenta e progressiva, da capacidade excretória renal”; sendo assim, pode-se afirmar que não existe uma perspectiva de cura, enquanto retorno ao estado clínico anterior ao surgimento da doença. Propõe ainda que

[...] a doença renal pode progredir independentemente da presença do fator causal inicial. Assim, insultos renais intensos causados por glomerulonefrites graves, hipertensão arterial severa (sobretudo a forma maligna), *diabetis mellitus* não controlado, lesões renais auto-imunes causadas pelo lúpus eritematoso sistêmico, vasculites e também doenças hereditárias quase sempre evoluem com esclerose glomerular e atrofia tubular, com perda total de função renal, levando o paciente à diálise ou ao transplante renal. (DRAIBE, 2002, p. 181).

O tratamento dialítico pode acontecer através de duas modalidades de diálise substitutiva: hemodiálise e diálise peritoneal, sendo esta, de acordo com Zawada Jr. (2003), subdividida em diálise peritoneal ambulatorial contínua domiciliar (CAPD) e diálise peritoneal contínua com cicladora domiciliar (CCPD). Neste trabalho, realizamos um estudo comparativo entre os pacientes submetidos à hemodiálise (HD) e à diálise peritoneal ambulatorial contínua domiciliar (CAPD).

A hemodiálise é a modalidade mais comumente usada no tratamento da insuficiência renal. Segundo Zawada Jr. (2003),

esta modalidade de tratamento possibilita uma mudança mais rápida na composição plasmática de solutos e a oportunidade de remoção, em menor espaço de tempo, do excesso de líquido corporal, se comparada à diálise peritoneal ou aos tratamentos contínuos lentos. A prescrição convencional da hemodiálise é de sessões que ocorrem três vezes semanais – segunda, quarta e sexta, ou terça, quinta e sábado –, com duração média de quatro horas cada sessão, dependendo das características clínicas de cada paciente.

De acordo com Blake e Daugirdas (2003), a diálise peritoneal envolve o transporte de solutos e água através de uma “membrana” – que age como “dialisador” – separando dois compartimentos – o sangue no capilar peritoneal e a solução de diálise na cavidade peritoneal – que contêm líquidos de densidades diferentes, o que possibilita a filtração do sangue através do processo de osmose. Os mesmos autores explicam que a CAPD habitualmente envolve quatro infusões, permanecendo cada uma na cavidade peritoneal de quatro a oito horas. Sorkin e Blake (2003) complementam que a solução de diálise pode ser trocada com uma variação de três a cinco vezes ao dia, dependendo das necessidades individuais do paciente.

O tratamento dialítico ocasiona ao paciente restrições físicas – dietéticas e hídricas, prejuízo da capacidade ou do interesse sexual (ALMEIDA; MELEIRO, 2000) – e psicossociais – afastamento do trabalho e conseqüente redução da renda, medo da morte e da perda de funções já adquiridas, perda da sua função/papel social, perda do corpo saudável, alteração da imagem corporal (inchaço, alterações na pele, catéter na jugular ou femoral, fístula), na vida social e no lazer.

Diante do quadro descrito, o diagnóstico da Insuficiência Renal Crônica (IRC) e seu tratamento requerem do paciente um significativo processo de adaptação a um novo modo de vida, em um curto espaço de tempo, podendo levá-lo a um árduo e progressivo sofrimento psíquico. Desta forma, estudos mostram a depressão como a desordem psíquica mais comum nesses pacientes (KIMMEL; PETERSON, 2006; MOURA JÚNIOR *et al.*, 2006; CUKOR *et al.*, 2007; DIEFENTHAELER *et al.*,

2008). No entanto, de acordo com Almeida e Meleiro (2000), ela permanece altamente subdiagnosticada. Ainda de acordo com esses autores:

[...] sintomas depressivos podem surgir como parte de um processo temporário de adaptação a essa nova condição ou podem ser uma manifestação de uma falência adaptativa. Dificuldades de ajustamento à diálise são mais proeminentes durante o primeiro ano após a iniciação do tratamento e é durante esse período que transtornos depressivos clinicamente relevantes são mais prováveis de aparecer. (ALMEIDA; MELEIRO, 2000, p. 193).

A depressão é um fator que ocasiona diminuição na imunidade, nos cuidados pessoais, assim como uma menor aderência ao tratamento e a dietas, o que, ao longo do tempo, pode acarretar em mortalidade (KIMMEL, 2002; KIMMEL; PETERSON, 2005).

Zimmermann *et al.* (2004) referem que a etiologia da depressão é usualmente associada a alguma perda e que, frequentemente, as perdas são numerosas e duradouras para o paciente com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. Sobre a influência da depressão na evolução desses pacientes, encontramos diversos estudos: Barbosa (2007) cita que a depressão é o mais forte preditor de qualidade de vida; Thomas e Alchieri (2005) puderam verificar os sintomas depressivos e dimensionar sua expressão e Zimmermann *et al.* (2004) mencionam haver uma tendência à associação direta entre depressão, morbidade e mortalidade.

As respostas adaptativas do paciente aos sentimentos de perda e insegurança ocasionados pelo diagnóstico da Insuficiência Renal Crônica são vivenciadas de forma individualizada e sofrem influência de diversos fatores como personalidade, história de vida anterior, processo cognitivo e de significação do seu processo de adoecimento e tratamento. A forma como esse período é vivenciado pelo paciente é um fator preponderante à sua adesão ou não ao tratamento, acarretando um prognóstico mais positivo ou negativo, o que interfere diretamente na qualidade de vida do paciente.

Kimmel e Levy (2003), Caiuby e Karam (2005) e Maciel (2002) corroboram quando referem que a ansiedade e a depressão são aspectos psicológicos presentes no dia a dia do paciente portador de insuficiência renal crônica.

Quando acometida por uma doença crônica, a pessoa se vê diante de transformações em seus costumes e seu estilo de vida. Em muitos casos, o paciente passa por um conflito, durante o qual inúmeras perdas são apreendidas: da condição de saudável, de papéis, de responsabilidades (SANTOS, 1997).

Segundo Favarato *et al.* (2006), as especialidades médicas que lidam com doenças agudas podem avaliar o efeito do tratamento, relacionando-o à cura. No entanto, os profissionais que atuam com pacientes portadores de doenças crônicas estão em busca de outras perspectivas de avaliação dos resultados que não focalizem apenas a dimensão médica de redução da morbi-mortalidade. Deve-se considerar: estado clínico, impacto sobre a família, custo, alocação de recursos limitados e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).

Em estudo com portadores de IRC, Santos (1997) pôde perceber que o paciente busca formas de enfrentamento baseado, entre outros, na luta para entender sua doença e seu tratamento. Constatou também que os pacientes têm dificuldades em conviver com a doença, sendo propensos a sentimentos de impotência, desânimo generalizado e permanente sensação de ameaça à integridade corporal.

Em seus estudos sobre qualidade de vida (QV) do paciente portador de IRC, Lima e Gualda (2000) e Silva *et al.* (2002) puderam perceber que o impacto da doença sobre a QV decorre de vários fatores: convívio com a doença crônica, irreversível e incurável; esquema terapêutico rigoroso que provoca restrições hídrica e alimentar; mudança de hábitos, das atividades sociais e de trabalho; utilização de vários medicamentos e dependência de uma máquina.

Desta forma, este trabalho teve como objetivo realizar um estudo descritivo abrangendo o autocuidado com o corpo e a saúde, características de adesão ao tratamento, eventos de vida estressantes e presença de ansiedade e depressão em pacien-

tes com insuficiência renal crônica (IRC), em tratamento por hemodiálise (HD) e diálise peritoneal ambulatorial contínua domiciliar (CAPD).

Método

Trata-se de um estudo clínico transversal. A participação foi voluntária e a amostragem foi constituída por meio de técnica não probabilística (amostragem intencional por conveniência).

Participantes

Foram incluídos 30 pacientes com Insuficiência Renal Crônica, em tratamento em serviço privado há mais de seis meses, sendo 15 sujeitos em tratamento por hemodiálise (HD) e 15 por diálise peritoneal ambulatorial contínua domiciliar (CAPD). As idades dos sujeitos desta pesquisa foram superiores a 18 anos e todos concordaram em participar do processo de investigação por meio da autorização em consentimento informado. Foram excluídos do estudo sujeitos com diagnóstico prévio de psicose ou demência, diagnóstico atual de *delirium* ou rebaixamento de consciência, ou ainda aqueles que, uma vez iniciada a entrevista, mostraram-se incapazes de responder às perguntas formuladas.

Instrumentos

Como instrumento para obter os dados sociodemográficos, histórico do adoecimento, posicionamento subjetivo diante das causas para o adoecimento e acerca do autocuidado, foi utilizada uma Entrevista Semi-Dirigida, com roteiro desenvolvido pelos autores. Dentre os itens do autocuidado, foram avaliados: a) autoestima preservada e condições associadas à doença, não levando a inibições restritivas; b) autoestima rebaixada, adoecimento, levando a constrangimento e inibições; c) baixa autoestima associada à doença, com grandes dificuldades na relação com o outro, evitação de contato, temendo preconceitos alheios. Em relação à investigação da adesão ao tratamento, foram consideradas três categorias, sendo elas:

a) adesão ao esquema terapêutico e manutenção do autocuidado, comparecendo regularmente às consultas e seguindo as recomendações da equipe; b) postergação da procura pelo tratamento, seguindo parcialmente as indicações terapêuticas; c) busca pela assistência apenas em estado grave, não aderindo ao tratamento e recusando as indicações terapêuticas. Todos os itens foram considerados a partir de respostas referidas pelo próprio paciente.

Para a avaliação dos eventos estressantes e do risco de surgimento de outras doenças, além da condição clínica existente, empregamos a Escala de Avaliação do Reajustamento Social (EARS), criada por Holmes e Rahe (1967). A EARS contém uma série de 43 eventos da vida, que incluem eventos estressantes positivos e negativos ocorridos no último ano. Solicita-se ao pesquisado que assinale os eventos ocorridos; em seguida, são atribuídos pesos predeterminados aos eventos assinalados, cujo somatório compõe o escore total. Pontuação inferior a 150 pontos, o paciente apresenta baixa probabilidade de ter problemas de saúde; entre 150 e 299, moderada; acima de 299, grave probabilidade.

Os dados relacionados à presença/ausência de ansiedade e depressão foram coletados por meio da aplicação da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983) e adaptado à população brasileira (BOTEGA *et al.*, 1995). Para mensurar estas duas dimensões, a escala contém duas subescalas, uma para ansiedade e outra para depressão, cada uma contendo sete itens (com pontuação de 0 a 21). Utilizamos o ponto de corte 8, para as subescalas (BOTEGA *et al.*, 1995), categorizando, em seguida, a pontuação conforme Snaith e Zigmond (1994): pontuação entre 8 e 10 indicam casos leves; 11 a 14, casos moderados; 15 ou mais, casos graves.

Procedimentos

Inicialmente, foi realizada a verificação dos critérios de inclusão do paciente. Em seguida, o participante foi informado dos objetivos do estudo e convidado a participar da pesquisa.

Após a assinatura do termo de consentimento, procedemos à aplicação dos instrumentos, na seguinte ordem: Entrevista Semi-Dirigida, Escala de Avaliação do Reajustamento Social (EARS) e Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS). A aplicação do protocolo teve duração média de 60 minutos.

Aspectos éticos

Anterior à realização deste trabalho, elaborou-se um Projeto de Pesquisa que foi submetido à avaliação em comitê de ética – Comissão Setorial de Ética em Pesquisas (Cosepe) da Divisão de Psicologia do Instituto Central (HC/FMUSP) –, recebendo parecer favorável sob o número 45/07.

Análise dos dados

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, com distribuição de frequência para as variáveis sociodemográficas, dados sobre a doença e o tratamento, fatores psicossociais das Escalas de Avaliação do Reajustamento Social (EARS) e de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), além da análise quanti-qualitativa dos itens presentes na Entrevista Semi-Dirigida.

Resultados e discussão

O perfil sociodemográfico da amostra encontra-se detalhado na Tabela 1.

A idade média dos 15 (quinze) pacientes em tratamento por hemodiálise (HD) que foram entrevistados foi de 37 anos, sendo 23 anos a idade mínima e 64 anos a máxima. Quanto aos pacientes em tratamento por diálise peritoneal ambulatorial contínua domiciliar (CAPD) que foram entrevistados, encontramos a idade média de 49 anos, sendo 25 anos a idade mínima e 74 anos a máxima.

Constatou-se que, dos pacientes em HD, 73% foram do sexo feminino e 27% do sexo masculino; dos pacientes em CAPD, tivemos 60% do sexo feminino e 40% do masculino. De acordo com os dados, foi verificada uma maior incidência – 73% em cada grupo (HD e CAPD) – de católicos entre a

Tabela 1 – Perfil demográfico da amostra (n=30) p. 11

| Variável | Pacientes em HD Média ou % | Pacientes em CAPD Média ou % |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Gênero (%) | | |
| Masculino | 27% | 40% |
| Feminino | 73% | 60% |
| Idade (anos) | 37 | 49 |
| Escolaridade (%) | | |
| Fundamental | 40% | 27% |
| Médio | 40% | 40% |
| Superior | 0 | 20% |
| Sem escolaridade | 20% | 13% |
| Estado civil (%) | | |
| Solteiro | 33% | 20% |
| Casado/união informal | 60% | 73% |
| Separado/desquitado/divorciado | 7% | 0 |
| Viúvo | 0 | 7% |
| Religião (%) | | |
| Católico | 73% | 73% |
| Evangélico | 20% | 13% |
| Outra | 7% | 13% |
| Ocupação (%) | | |
| Autônomo/informal | 0 | 7% |
| Estudante | 0 | 7% |
| Aposentado/sem atividade | 87% | 87% |
| Nível superior/proprietário | 7% | 0% |
| Operacional | 7% | 0% |
| Renda Pessoal (%) | | |
| Menos de 1 salário mínimo (SM) | 27% | 13% |
| De 1 a 2 SM | 67% | 73% |
| 3 SM | 0 | 7% |
| 4 SM | 0 | 7% |
| De 5 a mais SM | 7% | 0% |
| Renda familiar (%) | | |
| Menos de 1 salário mínimo (SM) | 0 | 0 |
| De 1 a 2 SM | 60% | 47% |
| 3 SM | 20% | 27% |
| 4 SM | 13% | 13% |
| De 5 a mais SM | 7% | 13% |
| Coabitação (%) | | |
| 1 pessoa | 0 | 7% |
| 2 pessoas | 7% | 27% |
| 3 pessoas | 33% | 13% |
| 4 pessoas | 33% | 33% |
| De 5 a mais pessoas | 27% | 20% |
| Categoria de vínculo (%) | | |
| SUS | 100% | 100% |
| Convênio | 0 | 0 |
| Particular | 0 | 0 |

população estudada. Este quadro reflete a realidade do Brasil, onde existe o predomínio de praticantes do catolicismo na sociedade.

Entre os pacientes em tratamento por HD, 40% possuem o ensino fundamental; 40%, o ensino médio e 20% estão sem escolaridade. Entre os pacientes em tratamento por CAPD, 27% possuem o ensino fundamental; 40%, o ensino médio; 20%, o ensino superior e 13% estão sem escolaridade. Tais dados demonstram a baixa escolaridade dos pacientes com insuficiência renal crônica, participantes desta pesquisa, o que está em concordância com a bibliografia encontrada (SANTOS, 2006; BARBOSA, 2007).

Pôde-se verificar uma maior ocorrência de indivíduos casados/união informal: 60% dos pacientes em tratamento por HD e 73% em CAPD. Quanto à ocupação, verificamos a prevalência de sujeitos aposentados/sem atividade: 87% em ambos os grupos. Esse dado ratifica a questão das perdas e restrições vivenciadas pelo paciente com IRC, impostas tanto pela doença quanto pelo tratamento, dificultando, neste caso, significativamente, a possibilidade de se exercer atividade laboral.

De acordo com os dados, foi possível constatar a prevalência de pacientes com renda pessoal entre nenhum e dois salários mínimos: 94% dos pacientes em HD e 86% dos pacientes em CAPD. O mesmo foi verificado quanto à renda familiar: 60% dos pacientes em HD e 47% dos pacientes em CAPD. Para ambos os grupos, obteve-se 100% dos pacientes como sendo usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Este dado pode ser explicado pelo fato de que, provisoriamente, no estado de Sergipe, as clínicas de diálise atendem apenas SUS e Instituto de Previdência do Estado de Sergipe (IPES), como é o caso da Clinese (Clínica de Nefrologia de Sergipe), onde a pesquisa foi desenvolvida.

Feita a caracterização dos pacientes entrevistados, pôde-se dar início à análise dos conteúdos das entrevistas.

Investigou-se, junto aos pacientes, a sua relação com a doença e o autocuidado; se ele passou a se cuidar/descuidar após o surgimento da problemática de saúde. Apuramos que,

dos pacientes em tratamento por HD, 53% têm a autoestima preservada; 33%, autoestima rebaixada e 13%, baixa autoestima associada à doença. Dos pacientes em CAPD, 53% têm a autoestima preservada; 27%, autoestima rebaixada e 20%, baixa autoestima associada à doença.

Tais dados podem ser apreciados no Gráfico 1.

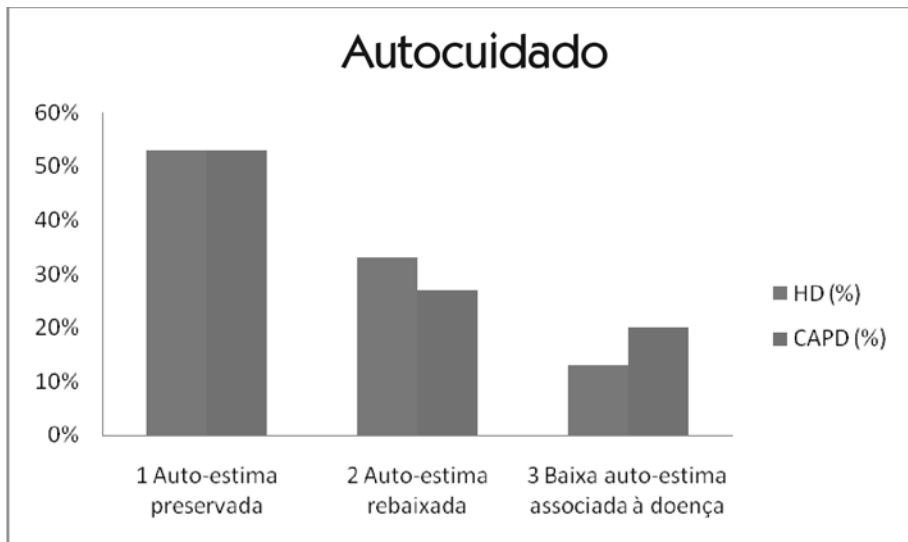


Gráfico 1: Auto-cuidado – pacientes em tratamento por hemodiálise (HD) e por CAPD p. 13

Apesar de 53% dos sujeitos de cada um dos grupos apresentarem resposta que nos permitam considerar uma autoestima preservada, onde os possíveis sentimentos de vergonha ou preconceitos associados à doença não causam inibições restritivas, é válido ressaltar que, corroborando com Caiuby e Karam (2005), foi significativa a referência feita pelos pacientes quanto às marcas no corpo: distensões abdominais, aumento ou perda de peso e a presença permanente do cateter (CAPD) ou da fístula (HD). *“Tenho as marcas da Clínesse por todo o corpo... cateter no pescoço dos dois lados, aqui (aponta para o peito), fístula nos dois braços que não funcionou e na barriga em dois lugares”* (suj. 7 – CAPD).

Com relação à aderência às recomendações da equipe de saúde, a respeito do tratamento, a partir do discurso dos sujeitos, os dados revelaram que, dos pacientes em HD, 13% aderem ao esquema terapêutico; 67% seguem parcialmente as indicações terapêuticas, mesmo quando comparecem regularmente às consultas e 20% procuram a assistência em estado grave. Dos pacientes em CAPD, os índices foram 27%, 67% e 7%, respectivamente. Verificou-se que, em ambos os grupos, os índices indicam uma má aderência ao esquema terapêutico que é composto por “três ordens: *tratamento dietético, tratamento medicamentoso e o tratamento por métodos especiais* que são os substitutivos da função renal (diálise e transplante renal)” (MACIEL, 2002, p. 60).

Tais informações podem ser mais bem visualizadas no Gráfico 2.

Kaveh e Kimmel (2001) relatam fatores de ordens objetiva e subjetiva que interferem na adesão do paciente, em relação ao tratamento de terapia renal substitutiva; são eles: suporte social, percepção da doença e seus efeitos, fatores psicossociais, motivação, equipe de saúde, posição ocupada dentro da família, entendimentos e crenças com relação ao seu processo de adoecimento, tempo e modalidade de tratamento prescrito

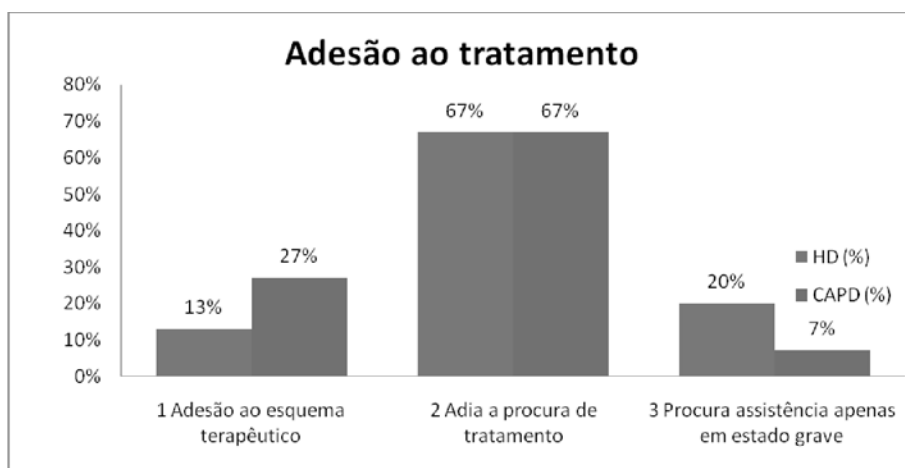


Gráfico 2: Adesão ao tratamento – HD e CAPD p. 14

e função renal residual. Referem ainda que a aderência ao tratamento é representada pelos três domínios que o compõem: medicação, dieta e tratamento dialítico.

A partir dos discursos dos pacientes, foi possível constatar que a má aderência refere-se, especialmente, à dificuldade de seguir a dieta que é restritiva – “depois que a gente tá fazendo o tratamento, a gente fica sem comer” (suj. 3 – HD) –, o cotidiano repetitivo e as limitações impostas pelo tratamento dialítico (pacientes de HD: ida à clínica três vezes por semana e ficar “ligado” à máquina por quatro horas; pacientes de CAPD: troca do líquido peritoneal quatro vezes ao dia, em média) – “antes dessa doença eu saía, fazia as coisas... jogava bola com os colegas, ia na praia tomar uma cervejinha... hoje em dia não posso fazer mais nada disso” (suj. 15 – CAPD) e “ultimamente tenho faltado (às consultas)... acho que tô bem melhor e não precisa tá aqui todo mês” (suj. 1 – HD).

Ao investigar-se o grau de informação dos pacientes acerca da sua doença (O que é que o senhor está tratando neste setor?) e a respeito do motivo de sua presença na clínica, naquele momento, em ambos os grupos, 100% dos pacientes deram respostas relativas ao diagnóstico (“os rins”) e/ou ao tratamento (pacientes de HD: “fazer hemodiálise”; pacientes de CAPD: “vim pra consulta do mês”). Este dado pode ser justificado pelo fato de essas situações fazerem parte da rotina desses pacientes.

Quando questionados sobre o que significa *ter saúde*, dos pacientes em HD, 87% referiram que ter saúde é a ausência de doença e/ou dor: “é ser uma pessoa sadia, normal. Sem tá precisando tá em médico, fazer hemodiálise, essas coisas...” (suj. 6 – HD); 13% referiram que é ter estilo de vida saudável: “uma pessoa sem saúde não é nada. Eu mesmo não me acho ninguém. A pessoa (com saúde) tá se divertindo, tá andando bem” (suj. 3 – HD). Dos pacientes em CAPD, encontramos, respectivamente, para as mesmas categorias de respostas, 53% – “é ter função, não ter doença” (suj. 2 – CAPD) – e 47% – “é muito importante porque a gente sem saúde não é nada. Hoje em dia tenho vontade de fazer as coisas e não posso fazer. Isso é vida? Acho que não...” (suj. 6 – CAPD).

A partir dos dados da pesquisa, observou-se que, dos pacientes em HD, 87% referem o início da doença a partir do aparecimento de sintomas e 13% fazem referência a crenças pessoais. No entanto, dos pacientes em CAPD, 67% dos pacientes identificaram o início da doença a partir do aparecimento de sintomas, 13% após exames de rotina, 13% referiram a crenças pessoais e 7% deram outras respostas. Tais dados podem ser observados no Gráfico 3.

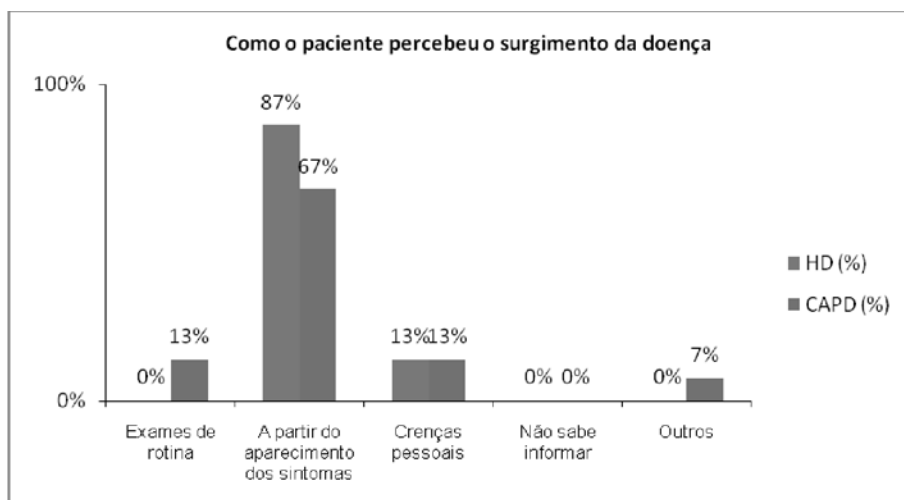


Gráfico 3: Como o paciente percebeu o aparecimento da doença – HD e CAPD p. 15

Com esses dados, podemos constatar que os pacientes em tratamento por CAPD tinham um melhor cuidado com relação à saúde, uma vez que realizavam exames de rotina, a partir dos quais identificaram a IRC. É válido ressaltar que, apesar de a maioria dos pacientes de ambos os grupos (87% e 67%) referirem o início da doença a partir do aparecimento de sintomas, muitos deles relatavam também uma situação de estresse emocional ou perda: "...eu tinha perdido o marido..." (suj. 4 – HD); "Quando eu tive um menino, que morreu 2 dias depois, eu fiquei vomitando ainda como se ainda tava grávida..." (suj. 5 – HD); "...não tinha coragem nem de levar minhas filhas pro colégio, aí meu marido que tomava conta de

mim [...] meu marido teve um acidente e eu fiquei cuidando dele, aí 2 meses depois, eu adoeci” (suj. 8 – HD); “...eu tava me sentindo muito triste porque meu marido tinha acabado de falecer. Quando ele ainda tava vivo eu acredito que já tava com ela (a doença) [...] mas me sentia um pouco bem, só depois que ele faleceu é que comecei a me sentir bem mal” (suj. 1 – CAPD).

Na investigação do que acreditavam ter feito aparecer o problema da IRC, dos pacientes em tratamento por HD, 27% associaram a fatores orgânicos/hereditários; 13%, a fatores relacionados ao autocuidado; 20%, a fatores ambientais/externos; 13%, a crenças pessoais e 27% não souberam informar. Para os pacientes em tratamento por CAPD, verificaram-se os índices de 40%, 20%, 13%, 13% e 13%, respectivamente, para as mesmas categorias. É válido ressaltar que, neste estudo, referimos como fatores relacionados ao autocuidado as respostas em que os pacientes associavam o aparecimento da doença com a ingestão de líquidos e alimentação inadequada e, como fatores ambientais/externos, o uso de medicações. Desta forma, ao somarmos os índices dessas duas categorias com o índice referente a fatores orgânicos/hereditários, encontramos a prevalência destas respostas (60% dos pacientes em HD e 73% dos pacientes em CAPD), o que pode ser explicado pela presença constante desses pacientes no centro de tratamento e em contato com a equipe de saúde, o que os leva a absorver o discurso médico e a valer-se dele.

Quando questionados sobre como se sentiram ao receberem o diagnóstico de IRC, dos pacientes em HD, 87% relataram que tiveram reação de angústia, medo, desesperança, insegurança, 7% referiram reação de enfrentamento e 7%, sentimentos associados: “fiquei triste, chorava que nem menino. A gente não se conforma quando acontece uma coisa assim. A gente trabalhando e tudo e depois fica nessas condições, sem poder fazer nada” (suj. 14 – HD). Dos pacientes em CAPD, encontramos 73% com relatos de reação de angústia, medo, desesperança, insegurança; 7%, com reação de enfrentamento; 7%, sentimentos associados e 13%, outros sentimentos: “pés-

simo! Pra mim o mundo se acabou. *Fazia muitos anos que eu não chorava.* Não era por medo de morrer, era desgosto” (suj. 12 – CAPD). Os elevados índices de reação de angústia, medo, desesperança, insegurança para ambos os grupos podem ser justificados porque, para a maioria desses pacientes, a notícia da doença e o início do tratamento deram-se de forma abrupta; além disso, o início do tratamento trouxe consigo a afirmação da existência de uma doença, ou ainda a confirmação de uma suspeita já existente que se encontrava oculta para evitar o sofrimento.

Quanto à reação da família ao saber da doença, verificou-se que, dos pacientes em HD, 27% relataram reação de angústia, medo, desesperança, insegurança e 73%, reação de enfrentamento e acolhimento. Dos pacientes em CAPD, 20% referiram reação de angústia, medo, desesperança, insegurança; 60%, reação de enfrentamento e acolhimento; 13%, sentimentos associados e 7%, outras respostas.

A Escala de Avaliação de Reajustamento Social baseia-se na proposição de que o esforço exigido para que o indivíduo se reajuste à sociedade, depois de mudanças significativas em sua vida, cria um desgaste que pode levar ao surgimento de doenças graves. Como os sujeitos deste trabalho já são acometidos por uma doença grave, os índices demonstram a probabilidade do surgimento de outras enfermidades graves. A partir dos dados obtidos através deste instrumento, pôde-se observar que os percentuais de probabilidade de adoecimento para os pacientes em tratamento por HD foram: 27%, baixa; 27%, moderada e 47%, grave. Para os pacientes em CAPD, os índices foram: 33%, 53% e 14% para as mesmas categorias, respectivamente. É válido ressaltar a significativa diferença nos índices relativos à categoria “grave probabilidade de ter problema de saúde”. Tais dados podem ser analisados no Gráfico 4.

A partir da análise dos itens referentes à ansiedade da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), encontramos que, nos pacientes em HD, 53% apresentaram ausência de ansiedade; 13%, ansiedade leve; 7%, ansiedade moderada

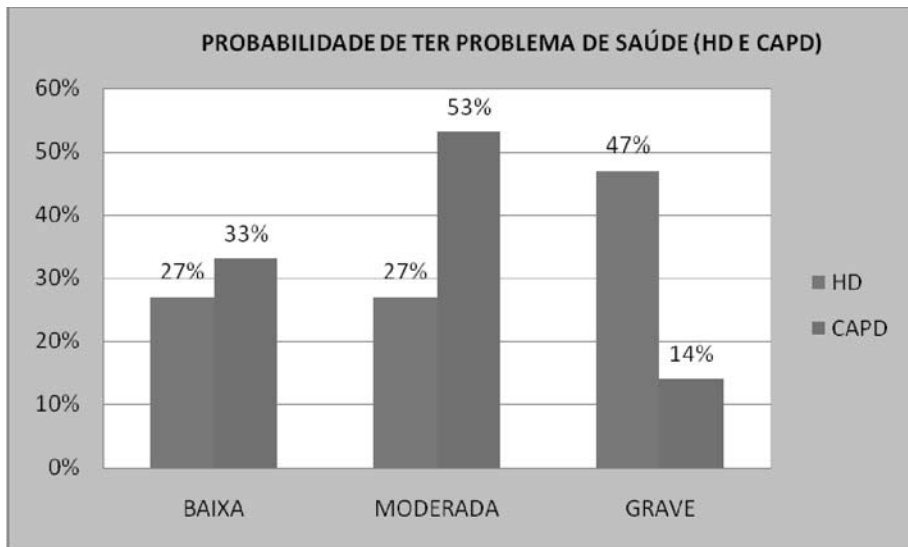


Gráfico 4: Probabilidade de ter um problema de saúde p. 17

e 27%, ansiedade grave. Para os pacientes em CAPD, os índices encontrados foram 67%, 13%, 20% e 0% respectivamente. Somando as categorias que apontaram para o diagnóstico de ansiedade, encontramos 47% dos pacientes em HD e 33% dos pacientes em CAPD. Esses dados podem ser mais bem visualizados no Gráfico 5.

A partir dos dados desta pesquisa, pôde-se observar a prevalência de presença de ansiedade nos pacientes em tratamento por HD, o que pode ser explicado pelo fato de que, para estes pacientes, a ida ao centro de tratamento três vezes por semana para as sessões de hemodiálise é associada a fatores estressores, como, por exemplo, o momento de puncionar a fístula, o fato de ficar ligado à máquina de hemodiálise por quatro horas, dentre outros procedimentos.

A análise dos itens da HADS relativos à depressão revelou que, dos pacientes em HD, 67% apresentaram ausência de depressão; 20%, depressão leve e 13%, depressão moderada. Para os pacientes em CAPD, verificaram-se percentuais de 53%, 20% e 13%, respectivamente, e 14% com depressão grave, como pode ser observado no Gráfico 6.

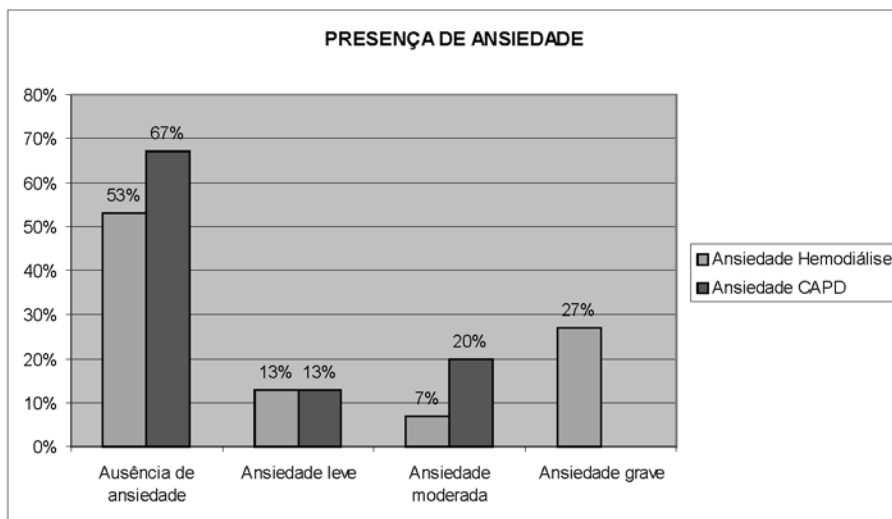


Gráfico 5: Presença de ansiedade p. 18

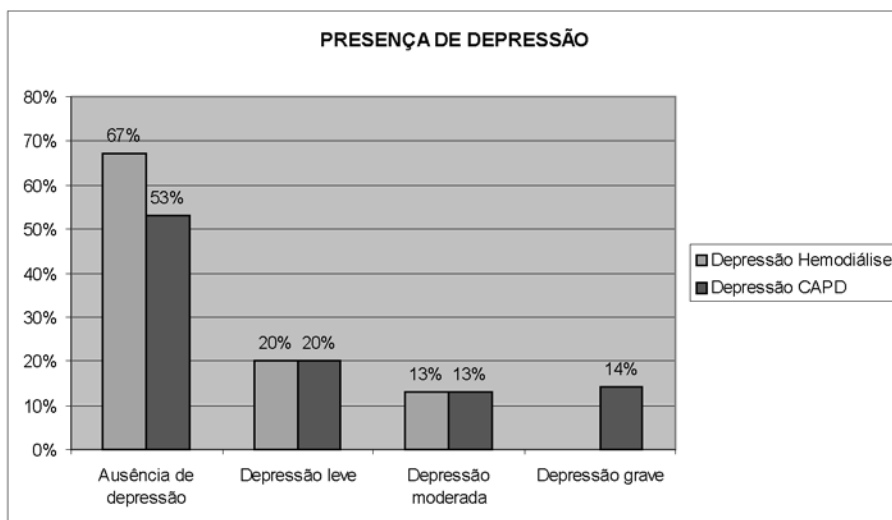


Gráfico 6: Presença da depressão, p. 18

Reunindo-se os índices das categorias de depressão, encontramos 33% dos pacientes em HD e 47% dos pacientes em CAPD. Cukor *et al.* (2007) referem a prevalência de depressão em 29% do pacientes em hemodiálise, sendo 20% com depressão maior e 9% com distímia ou depressão não especificada.

Em estudo desenvolvido no estado da Bahia (MOURA JÚNIOR *et al.*, 2006), os autores avaliaram 91 pacientes em hemodiálise e constataram que 37% deles apresentavam pelo menos um diagnóstico psiquiátrico; as ocorrências mais frequentes foram distímia (17,6%), risco de suicídio (16,4%) e episódio depressivo maior (8,6% dos pacientes).

Segundo diversos autores (KIMMEL; LEVY, 2003; THOMAS; ALCHIERI, 2005; ALMEIDA; MELEIRO, 2000 e ZIMMERMANN *et al.*, 2004), a depressão é a disfunção psicológica mais comum entre os pacientes com IRC e, provavelmente, a mais importante, pois, se não for diagnosticada e tratada, pode levar o paciente à desistência do tratamento ou ao suicídio. Neste aspecto, Finkelstein *et al.* (2002) referem que as medicações antidepressivas podem minimizar, de maneira significativa, essa sintomatologia e são bem toleradas por esses pacientes.

Para que o paciente mantenha uma adesão considerável ao tratamento e tenha condições de lidar com as condutas terapêuticas, é de fundamental importância o suporte social, associando a depressão com a diminuição da sobrevivência em hemodiálise (DIEFENTHAELER, 2008; KIMMEL; PETERSON, 2006). Isso nos faz inferir que os índices mais elevados de depressão nos pacientes em tratamento por CAPD podem ser justificados pelo fato de que os mesmos têm menor suporte social do que os pacientes em tratamento por HD. Os pacientes em HD, além das relações familiares e sociais habituais, estão em contato frequente com a equipe de saúde do centro de tratamento – três vezes por semana – o que possibilita um maior sentimento de segurança, e nestas ocasiões eles se encontram com os demais pacientes, proporcionando-lhes identificação e construção de laços sociais: “Depois me trouxeram para ver o tratamento, aí eu vi que era muita gente e vi que tinha que me conformar” (suj. 13, HD).

Caiuby e Karam (2005, p. 136) referem que “as reações emocionais caracterizadas por sintomas depressivos e as geradas pelos quadros de ansiedade podem fazer parte de um processo de ajustamento a um momento de crise”. Entretanto,

não é válido afirmar que os sujeitos desta amostra encontravam-se em processo de ajustamento, uma vez que todos os pacientes estavam em programa de tratamento dialítico há mais de seis meses.

Conclusão

A Insuficiência Renal Crônica compromete, nos pacientes, mais do que as funções vitais. Está associada ao risco de morte, debilita e impõe limitações físicas e psicológicas ao impetrar um demasiado empenho para que possam suportar e se adequar às mudanças de vida, às perdas reais e imaginárias em torno da doença e do seu tratamento e à exposição contínua a condições estressantes: regulamentação da ingestão de alimentos, medicamentos e líquidos; procedimento dialítico, a doença e a disfunção sexual associada. Este quadro provoca no paciente sentimentos de impotência e abandono, suscitando a emergência de diversas desordens e dificuldades psicológicas.

Por meio do presente estudo, foi possível verificar que, em diferentes graus, a ansiedade e a depressão estão presentes nos pacientes em tratamento pelas modalidades de terapia renal substitutiva HD e CAPD, sendo os índices de ansiedade maiores nos pacientes em tratamento por hemodiálise e os índices de depressão maiores nos pacientes em tratamento em CAPD. Esses resultados apontam para a importância de intervenções psicológicas, psicossociais e médicas específicas, especialmente no que diz respeito à avaliação e tratamento desses quadros afetivos, no sentido de proporcionar uma melhoria na sensação de bem-estar dos pacientes.

Apesar destas diferenças observadas, não se pode determinar uma delas como sendo a mais adequada para todos os pacientes, uma vez que a resposta psicológica de cada pessoa à doença e ao tratamento dependerá de suas características psíquicas antes do adoecimento, da extensão do suporte social (família e amigos) e do curso de sua doença de base. Desta forma, pode-se afirmar que a escolha pela modalidade dialítica

é individualizada e deve levar em consideração a capacidade de adaptação, juntamente com os recursos pessoais de cada sujeito, embora seja de fundamental importância que as equipes de saúde estejam atentas à presença de transtornos do humor e outras condições psicopatológicas nestes pacientes.

Referências

- ALMEIDA, A. M.; MELEIRO, A. M. A. S. Revisão: Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 22, n. 1, p. 192-200, 2000.
- BARBOSA, L. M. M. Preditores de qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*; v. 29, n. 4, p. 222-229, 2007.
- BLAKE, P. G.; DAUGIRDAS, J. T. Fisiologia da diálise peritoneal. In: DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. *Manual de diálise*. 3. ed. Supervisão e tradução da edição brasileira: Alcimar Gonçalves Santos. São Paulo: MEDSI Editora Médica e Científica, 2003.
- BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995.
- CAIUBY, A. V. S.; KARAM, C. H. Aspectos psicológicos de pacientes com insuficiência renal crônica. In: ISMAEL, S. M. C. (Org.). *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- CENSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/censo/2007>>. Acesso em: 13 jul. 2008.
- CUKOR, D. et al. Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clin J. A.M. Soc. Nephrol.*, v. 2, p. 484-490, 2007.
- DRAIBE, S. A. Insuficiência renal crônica. In: AJZEN, H; SCHOR, N (Org.). *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da Unifesp/EPM: Nefrologia*. São Paulo, Manole: 2002.
- DIEFENTHAELER, E.C. et al. Is depression a risk factor for mortality in chronic hemodialysis patients? *Rev. Bras Psiquiatr.*, v. 30, n. 2, p. 99-103, 2008.
- FAVARATO, M.E.C.S. et al. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 52, n. 4, p. 236-241, ago. 2006.
- FINKELSTEIN, F. et al. The treatment of depression in patients maintained on dialysis. *J. Psychosom Res.*, v. 53, p. 957-960, 2002.
- HOLMES, T. H.; RAHE, R. H. The social readjustment rating scale. *J. Psychosom Res.*, 1967, v. 11, n. 2, p. 213-218, 1967.

- KAVEH, K.; KIMMEL, P. L. Compliance in hemodialysis patients: multidimensional measures in search of a gold standard. *Am J Kidney Dis.*, v. 37, p. 244-266, 2001.
- KIMMEL, P. L. Depression in patients with chronic renal disease: what we know and what we need to know. *J. Psychom Res.*, v. 53, p. 951-956, 2002.
- KIMMEL, P. L.; LEVY, N. B. Psicologia e reabilitação. In: DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T.S. *Manual de diálise*. 3. ed. Supervisão e tradução da edição brasileira: Alcimar Gonçalves Santos. São Paulo: MEDSI Editora Médica e Científica, 2003.
- KIMMEL, P. L.; PETERSON, R. A. Depression in end stage renal disease patients: tools, correlates, outcomes and needs. *Semin Dial.*, v. 18, p. 91-97, 2005.
- KIMMEL, P. L.; PETERSON, R. A. Depression in patients with end-stage renal disease treated with dialysis: has the time to treat arrived? *Clin J Am Soc Nephrol.*, v. 1, p. 349-352, 2006.
- LIMA, A. F. C.; GUALDA, D. M. R. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise. *Nursing*, p. 20-23, 2000.
- MACIEL, S. C. A importância do atendimento psicológico ao paciente renal crônico em hemodiálise. In: CAMON, V. A. A. (Org.). *Novos rumos na psicologia da saúde*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- MOURA JÚNIOR, J. A. *et al.* Prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes em hemodiálise no estado da Bahia. *J. Bras Psiquiatr.*, v. 55, n. 3, 2006.
- SANTOS, C. T. *O enfrentamento das incapacidades e perdas geradas pela doença crônica*: um estudo de portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. 1997. Dissertação (Mestrado) – Universidade São Marcos, São Paulo, 1997.
- SANTOS, P. R. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Rev. Assoc. Méd. Bras.*, v. 52, n. 5, p. 356-359, 2006.
- SILVA, D. M. G. *et al.* Qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, v. 55, n. 5, p. 562-567, 2002.
- SNAITH, R. P.; ZIGMOND, A. S. *HADS*: Hospital anxiety and depression scale. Windsor: NFER Nelson, 1994.
- SORKIN, M. I.; BLAKE, P. G. Sistemas para Diálise Peritoneal. In: DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. *Manual de diálise*. 3. ed. Supervisão e tradução da edição brasileira: Alcimar Gonçalves Santos. São Paulo: MEDSI Editora Médica e Científica, 2003.
- THOMAS, C. V.; ALCHIERI, J. C. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à Hemodiálise. *Avaliação Psicológica*, v. 4, n. 1, p. 57-64, 2005.
- ZAWADA JÚNIOR, E. T. Indicações para Diálise. In: DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. *Manual de diálise*. 3. ed. Supervisão e tradução da edição brasileira: Alcimar Gonçalves Santos. São Paulo: MEDSI Editora Médica e Científica, 2003.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.*, v. 67, p. 361-370, 1983.

ZIMMERMANN, P. R.; CARVALHO, J. O.; MARI, J. J. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. *R. Psiquiat. RS*, v. 26, n. 3, p. 312-318, set./dez. 2004.

Texto recebido em: 05/01/2008

Aprovado em: 11/02/2008