

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

VANESSA CRISTINA PADUAN

**QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM
PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE RENAL**

BOTUCATU
2012

VANESSA CRISTINA PADUAN

**QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM
PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE RENAL**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós Graduação em Saúde Coletiva, na
área de concentração Saúde Pública, da
Faculdade de Medicina de Botucatu
(UNESP), para obtenção do título de
mestre

Orientadora: Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

BOTUCATU
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Paduan, Vanessa Cristina.

Qualidade de vida e fatores associados em pacientes submetidos a
transplante renal / Vanessa Cristina Paduan. – Botucatu : [s.n.], 2012

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina de Botucatu

Orientador: Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Capes: 40602001

1. Rins – Transplante. 2. Qualidade de vida. 3. Ansiedade.

Palavras-chave: Ansiedade; Apoio social; Aspectos clínicos; Depressão;
Qualidade de vida; Transplante renal.

Folha de Aprovação

FOLHA DE APROVAÇÃO

VANESSA CRISTINA PADUAN

***QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM
PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE RENAL***

APROVADA POR:

Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira (orientadora)

Prof. Dr. Luís Gustavo Modelli de Andrade

Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos

Botucatu - SP
2012

Dedicatória

*Aos meus pais, Toninho e Regina,
que me ensinaram entre outras coisas,
que o “impossível” é somente mais difícil.*

Agradecimientos

Muitas foram as pessoas que contribuíram para a conclusão deste trabalho, e a quem não poderia deixar de demonstrar minha mais sincera gratidão.

Primeiramente a Deus agradeço por se fazer presente em minha vida, guiando-me com serenidade ao longo de mais este percurso.

À professora e orientadora Ana Teresa agradeço pela paciência e dedicação em transmitir seus conhecimentos em todos os momentos, e pela confiança em mim depositada, possibilitando com isso meu desenvolvimento tanto profissional como pessoal. Obrigada pelo incentivo nos momentos de ansiedade, e pelo olhar cuidadoso.

Agradeço à professora Sueli Terezinha Ferreira Martins por ter me ensinado os primeiros e importantes passos da pesquisa científica ainda na graduação, através da Iniciação Científica, me despertando o prazer pela pesquisa.

À Cristiane Lara Mendes Chiloff, exemplo de profissionalismo e dedicação em tudo que faz, agradeço pela amizade e pelos valiosos conselhos em momentos importantes de minha caminhada profissional.

Aos meus pais, Toninho e Regina, exemplos de honestidade e responsabilidade, pelo “colo”, pela confiança, e pelo apoio incondicional, sem o qual esta jornada não seria possível, agradeço com todo meu amor.

A todos os meus familiares, obrigada pela torcida, e especialmente ao meu irmão Arthur, agradeço por me ensinar que o senso de humor é um dos melhores remédios para os momentos de tensão.

Ao Daniel, que esteve presente em minha vida desde o início desta trajetória, agradeço por dividir comigo o peso dos momentos difíceis, e por celebrar os de alegria,

confiando sempre. Obrigada por caminhar de mãos dadas e me ajudar a ser uma pessoa melhor.

A todos os amigos, de perto e de longe, que sempre deixam minha vida mais feliz, obrigada pelo apoio e por saberem respeitar minhas ausências necessárias principalmente nos últimos meses. À amiga Juliana Marchette agradeço pelas salas, trabalhos, e momentos compartilhados no ambulatório.

À toda equipe do Ambulatório de Transplante Renal, Dra. Maria Fernanda, Dr. Luís Gustavo, demais médicos, residentes, secretárias, de forma especial à Irene, agradeço por terem me auxiliado em todos os momentos desta caminhada, e principalmente por terem permitido minha presença na rotina de funcionamento do ambulatório, rotina esta tão movimentada pelo crescente número de pacientes atendidos, permitindo que o estudo pudesse ser realizado.

Aos pacientes do ambulatório de Transplante Renal, em especial àqueles que participaram do estudo, agradeço pela colaboração e paciência e, além disso, por terem me ensinado verdadeiras lições de vida.

Agradeço também à FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo apoio financeiro e institucional que possibilitou a realização deste trabalho.

Este trabalho foi subvencionado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, mediante a concessão de bolsa de mestrado, processo número 10/13073-8, no período de 1º de março de 2011 a 31 de dezembro de 2011.

Epígrafe

*“Eu atravesso as coisas — e no meio da travessia não vejo!
só estava era entretido na idéia dos lugares de saída e de chegada.
Assaz o senhor sabe: a gente quer passar um rio a nado, e passa;
mas vai dar na outra banda é num ponto mais embaixo,
bem diverso do que em primeiro se pensou (...)
o real não está na saída nem na chegada:
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia...”*

(João Guimarães Rosa, 1986: 26-52).

Resumo

PADUAN, V.C. **Qualidade de vida e fatores associados em pacientes submetidos a transplante renal**. 2012. Dissertação, Pós Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, UNESP. Botucatu, SP, Brasil, 2012.

A doença renal crônica terminal caracteriza-se pela perda da função do rim, exigindo terapias renais substitutivas (TRS), como a diálise peritoneal, hemodiálise, ou transplante. O transplante renal parece ser o tratamento que proporciona melhor qualidade de vida (QV) aos pacientes, porém características sociodemográficas, clínicas e psicossociais devem ser identificadas, pois também podem interferir na QV dessas pessoas. OBJETIVOS: avaliar índices de QV de pacientes submetidos ao transplante renal, e estudar a associação desses índices com condições de vida e saúde. Método: Num estudo observacional de corte transversal, descritivo e analítico, foram avaliados 165 pacientes adultos, que haviam sido submetidos a transplante renal, e estavam em acompanhamento no ambulatório de pós-transplante renal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. Foi utilizado um formulário padronizado para obter informação sobre aspectos sociodemográficos e clínicos, e instrumentos específicos para avaliar QV - *Short-Form Health Survey* (SF-36), sintomas depressivos - Inventário de Depressão de Beck (BDI), ansiedade - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), e apoio social - *Medical Outcomes Study* (MOS). Para a realização das análises estatísticas foi adotado o nível de significância estatístico padrão de $p < 0,05$ para rejeição da hipótese de nulidade. Foi realizada a análise bivariada estudando-se a associação das diferentes variáveis de exposição com os componentes da qualidade de vida por meio dos testes não-paramétricos de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis, ou pela correlação linear de Spearman, quando adequado. Tais resultados foram posteriormente submetidos à análise multivariada por meio da regressão linear múltipla para obtenção de estimativas de associação livres de confusão. RESULTADOS: Na análise bivariada observou-se que diferentes características sociodemográficas, clínicas e psicossociais associaram-se significativamente aos diferentes domínios da QV. Na análise multivariada foram elaborados modelos para cada domínio do SF-36, sendo examinadas todas as variáveis que se associaram a cada um deles na análise bivariada, ajustadas para sexo e idade. Permaneceram no modelo final associados ao domínio capacidade funcional: idade ($p \leq 0,001$), tempo de transplante ($p \leq 0,001$), problemas cardiovasculares ($p = 0,004$) e sintomas depressivos ($p \leq 0,001$); associados ao domínio aspectos físicos permaneceram: idade ($p = 0,04$), tempo de transplante ($p \leq 0,001$), internação nos últimos seis meses ($p = 0,002$) e sintomas depressivos ($p \leq 0,001$); e associados ao domínio dor: escolaridade ($p = 0,004$) e sintomas depressivos ($p \leq 0,001$). Permaneceram associados ao domínio estado geral de saúde: sexo ($p = 0,005$), *clearance* de creatinina ($p = 0,005$), auto avaliação de saúde ($p \leq 0,001$), sintomas depressivos ($p \leq 0,001$) e ansiedade-estado ($p = 0,01$). Problemas cardiovasculares ($p = 0,04$), auto avaliação de saúde ($p = 0,005$), e sintomas depressivos ($p \leq 0,001$), permaneceram associados ao domínio vitalidade; idade ($p = 0,03$) e tempo de transplante ($p = 0,015$) associados ao domínio aspectos sociais; tipo de doador ($p = 0,01$), problemas cardiovasculares ($p = 0,01$), sintomas depressivos ($p \leq 0,001$), associaram-se ao domínio aspectos emocionais; e, finalmente, tipo de doador ($p = 0,02$), sintomas depressivos ($p = 0,005$), auto avaliação de saúde ($p \leq 0,001$), ansiedade-estado ($p = 0,007$), ansiedade-traço ($p = 0,007$), apoio social ($p = 0,04$), associaram-se

independentemente ao domínio saúde mental. Obtiveram-se indicações de que há iniquidades no acesso ao transplante renal, predominando entre os pacientes transplantados homens e indivíduos com boa escolaridade. Pode-se concluir que os pacientes transplantados renais apresentaram elevados índices de qualidade de vida, especialmente se comparados aos indivíduos em tratamento dialítico. Observou-se ainda que características sociodemográficas, clínicas e psicossociais associaram-se independentemente e diferentemente aos vários domínios de QV avaliados. Estes achados sugerem que condições de vida e de saúde devem ser observadas e avaliadas, devendo ser consideradas no desenvolvimento de estratégias de intervenções específicas que podem ser planejadas pelos profissionais de saúde que tratam do paciente transplantado renal, com vistas a melhorar sua QV.

Palavras-chave: qualidade de vida, transplante renal, aspectos clínicos, depressão, ansiedade, apoio social.

Abstract

PADUAN, V.C. **Quality of life and associated factors in patients submitted to kidney transplantation.** 2012. Dissertation, Graduate Course in Public Health, Botucatu Medical School, Universidade Estadual Paulista, UNESP. Botucatu, SP, Brazil, 2012.

Terminal chronic renal disease is characterized by the loss of the kidney function and demands renal replacement therapies (RRT) as peritoneal dialysis, hemodialysis, or transplantation. Renal transplantation seems to be the treatment that provides the best quality of life (QL) to patients, but socio-demographic, clinical and psycho-social characteristics must be identified because they may also interfere in these people's QL. **OBJECTIVES:** to evaluate QL indices of patients submitted to renal transplantation, and to study the association of these indices with life and health conditions. **METHOD:** In an observation study of transverse, descriptive and analytical cut, 165 adult patients, submitted to renal transplantation, were evaluated, and were followed in the renal post-transplantation clinic of the Clinical Hospital of the Botucatu Medical School - UNESP. A standardized form was used to obtain information on the social demographic and clinical aspects, and specific tools to assess QL - *Short-Form Health Survey* (SF-36), depression symptoms - Beck Depression Inventory (BDI), anxiety - *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), and social support - *Medical Outcomes Study* (MOS). In order to do the statistical analysis, the level of standard statistical significance of $p < 0.05$ was adopted to reject the null hypothesis. A bivariate analysis was done studying the association of different exposure variables with components of quality of life through Mann-Whitney or Kruskal-Wallis non-parametric tests, or through Spearman correlation when appropriate. Such results were afterwards submitted to multivariate analysis through multiple linear regression to obtain association estimates without misunderstandings. **RESULTS:** In the bivariate analysis, it was observed that different social demographic, clinical and psychosocial characteristics were associated significantly with the different domains of QL. In the multivariate analysis, models were elaborated for each domain of SF-36, and all variables that were associated with each of them in the bivariate analysis, and adjusted by sex and age, were examined. In the final model, the following were associated with the physical functioning domain: age ($p \leq 0.001$), transplantation time ($p \leq 0.001$), cardiovascular problems ($p = 0.004$) and depression symptoms ($p \leq 0.001$); then these were associated with the role limitations physical domain: age ($p = 0.04$), transplantation time ($p \leq 0.001$), hospitalization in the last six months ($p = 0.002$) and depression symptoms ($p \leq 0.001$); and the following were associated with the pain domain: education ($p = 0.004$) and depression symptoms ($p \leq 0.001$). These were associated with the general health domain: sex ($p = 0.005$), creatinine clearance ($p = 0.005$), health self-evaluation ($p \leq 0.001$), depression symptoms ($p \leq 0.001$) and anxiety state ($p = 0.01$). Cardiovascular problems ($p = 0.04$), health self-evaluation ($p = 0.005$), and depression symptoms ($p \leq 0.001$) were associated with the vitality domain; age ($p = 0.03$) and transplantation time ($p = 0.015$) associated with social function domain; type of donor ($p = 0.01$), cardiovascular problems ($p = 0.01$), depression symptoms ($p \leq 0.001$) were associated with the role limitations emotional domain; and, finally, the type of donor ($p = 0.02$), depression symptoms ($p = 0.005$), health self-evaluation ($p \leq 0.001$), anxiety-state ($p = 0.007$), anxiety-trait ($p = 0.007$), social support ($p = 0.04$), were independently associated with emotional well being domain. Indications were obtained that there are inequities in the access to the renal transplantation, mainly among male transplanted patients and individuals with good education. It can be concluded that the patients that had renal

transplantation presented high indices of quality of life, especially when compared to the individuals under dialysis treatment. It was also observed that social-demographic, clinical and psychosocial characteristics were associated independently and differently with the several evaluated domains of QL. These findings suggest that life and health conditions should be observed and evaluated, and considered in the development of strategies of specific interventions that can be planned by health professionals that treat patients who had renal transplantation in order to improve their QL.

Keywords: quality of life, renal transplantation, clinical aspects, depression, anxiety, social support.

Lista de Tabelas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição de número e percentagem de características sociodemográficas, segundo sexo.	77
Tabela 2 –	Distribuição de número e percentagem de características clínicas, segundo sexo.	79
Tabela 3 –	Distribuição de número e percentagem de características psicossociais, segundo sexo.	81
Tabela 4 –	Distribuição de números e percentagem de características sociodemográficas, segundo caso e não caso de sintomas depressivos, pelo BDI (pontos de corte para amostras não diagnosticadas).	82
Tabela 5 –	Distribuição de números e percentagem de características clínicas, segundo caso e não caso de sintomas depressivos, pelo BDI (pontos de corte para amostras não diagnosticadas).	83
Tabela 6 –	Distribuição de números e percentagem de características psicossociais, segundo caso e não caso de sintomas depressivos, pelo BDI (pontos de corte para amostras não diagnosticadas).	84
Tabela 7 –	Pontuação média nos domínios de QV segundo SF-36.	85
Tabela 8 –	Pontuações médias e desvios padrão no domínio capacidade funcional segundo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais.	87
Tabela 9 –	Pontuações médias e desvios padrão no domínio aspectos físicos segundo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais.	89
Tabela 10 –	Pontuações médias e desvios padrão no domínio dor segundo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais.	91

Tabela 11 – Pontuações médias e desvios padrão no domínio estado geral de saúde segundo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais.....	93
Tabela 12 – Pontuações médias e desvios padrão no domínio vitalidade segundo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais.....	95
Tabela 13 – Pontuações médias e desvios padrão no domínio aspectos sociais segundo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais.....	97
Tabela 14 – Pontuações médias e desvios padrão no domínio aspectos emocionais segundo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais.....	99
Tabela 15 – Pontuações médias e desvios padrão no domínio saúde mental segundo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais.....	101
Tabela 16 – Associação entre pontuação na escala MOS (apoio social) e a pontuação nos domínios de qualidade de vida, avaliados pelo SF-36.....	102
Tabela 17 – Associação entre pontuação no BDI (sintomas depressivos) e a pontuação nos domínios de qualidade de vida, avaliados pelo SF-36.....	103
Tabela 18 – Regressão múltipla de cada domínio do SF-36 em relação às características sociodemográficas, clínicas, e psicossociais.....	106

Lista de Quadro

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 –	Características sociodemográficas, clínicas, e psicossociais associadas à qualidade de vida do paciente submetido a transplante renal.....	52
------------	--	----

Lista de Anexos

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 –	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	145
Anexo 2 –	Formulário Sócio-Demográfico e Clínico	146
Anexo 3 –	SF-36 Short-Form Health Survey	147
Anexo 4 –	BDI – Inventário de Depressão de Beck.....	149
Anexo 5 –	IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado	150
Anexo 6 –	MOS – Medical Outcomes Study.....	151
Anexo 7 –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	152
Anexo 8 –	Quadro de Variáveis contínuas, ordenadas e categóricas.....	153

Lista de Abreviaturas

LISTA DE ABREVIATURAS

BDI	Inventário de Depressão de Beck
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IRC	Insuficiência Renal Crônica
MOS	Medical Outcomes Study's Social Support
QV	Qualidade de Vida
SF-36	<i>Health Survey Short-Form 36</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Terapia Renal Substitutiva
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

Sumário

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	31
1.1	Qualidade de Vida	34
1.2	Fatores associados à QV	39
2	JUSTIFICATIVA.....	57
3	OBJETIVOS.....	59
3.1	Objetivo geral	59
3.2	Objetivos específicos.....	59
4	HIPÓTESES	61
5	MÉTODO	63
5.1	Contexto da pesquisa.....	63
5.2	Participantes.....	64
5.3	Aspectos Éticos	65
5.4	Instrumentos.....	66
5.5	Procedimentos.....	71
6	RESULTADOS.....	75
6.1	Características sociodemográficas da amostra de acordo com o sexo	75
6.2	Características clínicas da amostra de acordo com o sexo	77
6.3	Características psicossociais da amostra de acordo com o sexo.....	80

6.4	Características sociodemográficas da amostra de acordo com a presença de sintomas depressivos	81
6.5	Características clínicas da amostra de acordo com a presença de sintomas depressivos	82
6.6	Características psicossociais da amostra de acordo com a presença de sintomas depressivos	84
6.7	Características de Qualidade de Vida da amostra	85
6.8	Análise bivariada	85
6.9	Análise multivariada	103
7	DISCUSSÃO	108
7.1	Características da amostra	108
7.2	Depressão e ansiedade	118
7.3	Qualidade de Vida	122
7.4	Limitações do estudo	133
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
	REFERÊNCIAS	138
	ANEXOS	145

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A doença renal crônica caracteriza-se por uma lesão renal, com perda progressiva e geralmente gradual de sua função. A insuficiência renal crônica (IRC) é definida de acordo com os estágios de perda da função renal causada pela incapacidade dos rins em filtrar substâncias tóxicas nocivas ao organismo (Romão Júnior, 2004).

Os pacientes com IRC são classificados de acordo com os estágios da perda de função do rim, que vão desde a fase de função normal, até a fase terminal da insuficiência, quando é necessária a terapia renal substitutiva (TRS). O estadiamento da IRC estabelece-se, segundo Romão Júnior (2004), da seguinte forma:

Estágio 0 – *Fase de função renal normal*: observada em pessoas dos grupos de risco para IRC, que não apresentam lesão renal;

Estágio 1 – *Fase de lesão com função renal normal*: início da lesão renal, mas filtração glomerular preservada (depuração plasmática renal de creatinina maior ou igual a 90 ml/min);

Estágio 2 – *Fase de insuficiência renal funcional ou leve*: início da perda da função renal, ainda sem sinais e sintomas clínicos importantes, com os rins conseguindo manter razoável controle do meio interno (depuração plasmática renal de creatinina entre 60 e 89 ml/min);

Estágio 3 – *Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada*: sinais e sintomas discretos, estando o paciente clinicamente bem (depuração plasmática renal de creatinina entre 30 e 59 ml/min);

Estágio 4 – *Fase de insuficiência renal clínica ou grave*: paciente já apresenta sinais e sintomas de uremia (depuração plasmática renal de creatinina entre 15-29ml/min);

Estágio 5 – *Fase terminal da insuficiência renal crônica*: perda da homeostase interna. Paciente intensamente sintomático. Início da terapia de substituição renal (depuração plasmática renal de creatinina <15 ml/min em diabéticos e < 10 ml/min em não diabéticos).

A TRS indicada para o estágio cinco da insuficiência renal não apresenta caráter curativo, porém, tem o objetivo de substituir a função renal, aliviando os sintomas da doença e preservando a vida do paciente (Romão Júnior e Araújo, 1998). Barbosa et al. (2007) referem que essas terapias aumentam a longevidade, reduzem a morbidade e melhoram a qualidade de vida do paciente.

Hemodiálise e diálise peritoneal são consideradas formas de tratamento renal substitutivo. Na hemodiálise são retiradas substâncias tóxicas, água e sais minerais do organismo do paciente, através da passagem de sangue por um filtro, sendo necessário um acesso vascular (permanente ou temporário) que possibilite esse processo. O paciente necessita de visitas frequentes ao hospital, uma vez que este procedimento deve ser realizado em ambiente hospitalar, em média três vezes na semana, variando cada sessão entre duas e cinco horas (Reis, 2002; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2001).

Na diálise peritoneal, líquidos chamados de banhos de diálise são infundidos e drenados através de um cateter inserido no peritônio do paciente, e é esta membrana que realiza a filtração das substâncias que devem ser retiradas do organismo. Este procedimento é realizado pelo próprio paciente ou seus cuidadores, de três a seis vezes ao dia na diálise peritoneal ambulatorial contínua, ou durante a

noite enquanto o paciente está dormindo, através de uma máquina chamada cicladora, na diálise peritoneal automática. Tais procedimentos podem ser efetuados no próprio domicílio do paciente, em ambiente preparado para isso (Reis, 2002; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2001).

Além dessas terapias de substituição renal, existe ainda para o paciente com IRC na fase terminal da doença, a possibilidade terapêutica do transplante renal. Este é também um tipo de terapia renal substitutiva, porém, neste estudo serão referidas pela sigla TRS apenas a diálise peritoneal e a hemodiálise. Assim como as demais terapêuticas, o transplante renal apresenta vantagens e desvantagens, e é indicado ou contra indicado para determinados pacientes, de acordo com suas características individuais.

O transplante renal é um tratamento em que um rim de doador vivo ou falecido é inserido no indivíduo para que substitua o rim comprometido, e, se bem sucedido, pode possibilitar ao paciente independência das máquinas dialisadoras e das unidades hospitalares. Entretanto, os riscos desta modalidade terapêutica estão associados à própria cirurgia, à possibilidade de rejeição do enxerto, e à medicação imunossupressora empregada (Reis, 2002).

A modalidade terapêutica de tratamento mais adequada para cada caso deve ser discutida na fase pré dialítica, na qual o paciente deve ser orientado quanto aos riscos e vantagens de cada terapêutica (Barreti, 2004).

O diagnóstico de uma doença crônica, em particular a IRC, pode ser acompanhado de desorganização psicológica do paciente, que pode apresentar reações emocionais variadas, de acordo com sua história de vida e características de personalidade (Trentini et al., 1990).

Assim sendo, o paciente pode enfrentar dificuldades para se adaptar à nova rotina e aderir às restrições impostas pelo método terapêutico utilizado, fato que poderá repercutir em sua qualidade de vida.

1.1 Qualidade de Vida

Segundo a Organização Mundial de Saúde, qualidade de vida (QV) é a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, no contexto cultural, e no sistema de valores do local onde vive, bem como em relação a objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994). Dessa forma, a QV relacionada à saúde é, por definição, um conceito individual e subjetivo.

Almeida (2003), Martins e Cesarino (2005), e Thomas e Alchieri (2005), entendem a avaliação da QV como resultante da percepção subjetiva do paciente em relação aos sintomas, satisfação e adesão ao tratamento.

É possível afirmar que a doença renal tem um impacto negativo sobre a QV relacionada à saúde (Martins e Cesarino, 2005; Castro et al. 2003), e apesar de nas últimas décadas os avanços tecnológicos e terapêuticos proporcionarem um evidente aumento quantitativo na sobrevida aos pacientes renais crônicos, muitas vezes esse avanço não se acompanha de recuperação significativa do estado físico, emocional e social (Ramos-Cerqueira e Crepaldi 2000).

No caso de pacientes que foram transplantados, pesquisas mostram que esta modalidade terapêutica contribui para a avaliação positiva da QV dos pacientes, como mostra o estudo brasileiro de Lazzaretti et al. (2004).

Nesse estudo, Lazzaretti et al.(2004) avaliaram a QV de 88 pacientes que haviam realizado transplante renal, usando o questionário multidimensional WHOQL-

Bref (*World Health Organization Quality of Life – Bref*). Esses pacientes tinham creatinina sérica inferior ou igual a 2,5 mg/dL, e não apresentavam rejeição aguda do enxerto. A média de tempo do transplante era de 87 meses. 11% dos pacientes responderam que muito frequentemente, ou sempre, sentiam-se mal humorados ou ansiosos e depressivos. Entretanto, a percepção geral da QV após o transplante foi considerada muito boa ou boa por 80% deles, e nem boa nem ruim para 20% dos pacientes. Nenhum participante dessa pesquisa considerou sua QV geral como ruim ou muito ruim.

Das modalidades de tratamento existentes para o paciente renal crônico terminal, de acordo com a literatura, melhores escores de QV são encontrados nos pacientes transplantados, se comparados aos escores encontrados em pacientes que realizam outras TRS (Wight et al., 1998; Rebollo et al., 1998; Reimer et al., 2002; Pereira et al., 2003; Tomasz e Piotr, 2003; Niu e Li 2005; Ogutmen et al., 2006; Ravagnani et al., 2007).

Wight et al. (1998), no Reino Unido, estudaram a QV de 520 pacientes em estágio terminal da doença renal crônica, submetidos à hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal, através do *Short-Form Health Survey* (SF-36), instrumento genérico de avaliação de QV, e concluíram que ter realizado transplante foi um preditor significativo de maior pontuação nas três dimensões de QV para as quais os modelos de regressão múltipla foram construídos – capacidade funcional, vitalidade e saúde mental.

Rebollo et al. (1998) também referem que o resultado da avaliação da QV do paciente transplantado renal é melhor, se comparado ao obtido por pacientes em hemodiálise. Nessa investigação foram estudados 124 pacientes espanhóis com mais de 65 anos e sem comprometimento cognitivo, através do SF-36, além do

Sickness Impact Profile, *Karnofsky Scale*, e *Comorbidity Index*. Concluíram que ser homem, apresentar maiores níveis econômicos e educacionais, ter maior autonomia funcional e menos comorbidade associou-se com melhor QV.

Reimer et al. (2002) estudaram QV e apoio social em três grupos de alemães (149 pacientes transplantados renais, 149 pacientes em diálise aguardando o transplante, e 149 indivíduos saudáveis, pareados em relação à idade e sexo). Utilizaram um inventário geral de QV, o *Munich Quality of Life Dimension List* (MLDL), além de dois inventários específicos, o *Brief Symptom Inventory* (BSI) e o *Questionnaire for Social Support - Short Form (K-22)*. Concluíram que, quanto à QV, os pacientes transplantados e os indivíduos do grupo saudável tiveram escores similares, e significativamente superiores aos obtidos por pacientes em diálise.

Tomasz e Piotr (2003) compararam a QV em dois grupos de pacientes poloneses – 61 deles em hemodiálise e 83 transplantados renais, utilizando o instrumento WHOQoL-100 (*World Health Organization Quality of Life 100*), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde em 1995. Concluíram que a QV de pacientes que realizaram transplante era melhor nos domínios estado geral de saúde, aspecto físico, relações sociais, bem como nos subdomínios dor e desconforto, energia e fadiga, sentimentos positivos, mobilidade, atividades de vida diária, capacidade de trabalho, relações pessoais, atividade sexual e transporte, como pode ser avaliado pelo instrumento. Entretanto, nos subdomínios imagem corporal e aparência, os escores dos pacientes transplantados foram piores do que as dos pacientes em hemodiálise.

Niu e Li (2005) também compararam a QV de 240 pacientes que realizavam algum tipo de terapia renal, sendo 80 pacientes em hemodiálise, 80 pacientes em diálise peritoneal e 80 pacientes transplantados, em dois centros em

Taiwan, através do *World Health Organization Questionnaire on Quality of Life: BREF-Taiwan Version* (WHOQOLBREF- TAIWAN). Concluíram que os piores escores nos três grupos de pacientes ocorreram no domínio psicológico, e a análise dos escores totais e média para os pacientes no grupo de transplantados revelou uma QV significativamente melhor do que para aqueles nos grupos de hemodiálise ou diálise peritoneal.

Ogutmen et al. (2006) estudaram, através do SF-36, a QV de 851 pacientes em Istambul (Turquia), divididos em grupos, sendo eles 64 pacientes em hemodiálise, 207 pacientes em diálise peritoneal, 302 pacientes transplantados, e 278 pacientes do grupo controle representando a população geral. Referiram que entre os três métodos de substituição renal – hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal, a QV nos pacientes transplantados foi avaliada como claramente melhor que nos pacientes em hemodiálise ou diálise peritoneal, sendo inferior apenas à QV avaliada pelos indivíduos saudáveis.

Assim, como demonstrado nos estudos citados, o transplante, comparado às demais terapias de substituição renal, parece ser o tratamento que mais contribui para a melhor percepção da QV pelos pacientes.

Além disso, ainda é o tratamento que parece contribuir mais para a diminuição de morbidades psiquiátricas como o transtorno depressivo maior, que segundo evidências, altera a percepção do paciente em relação à sua saúde, influencia negativamente a QV desses pacientes, e a adesão ao tratamento (Almeida e Meleiro, 2000).

Apesar de estes estudos demonstrarem uma melhora nos escores da QV em pacientes transplantados, Harciarek et al. (2011) citam que complicações como

infecções e/ou o tratamento com medicação imunossupressora podem contribuir para a redução significativa dos primeiros efeitos positivos do transplante.

Ravagnani et al. (2007) ao compararem a QV de pacientes brasileiros, através do SF-36 e do Inventário de Estratégias de Enfrentamento, antes e depois do transplante renal, concluíram que o transplante não influenciou de forma significativa a QV dos pacientes. Os escores de QV no período pós-transplante foram superiores aos escores pré-transplante, embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa, sugerindo que a QV dos pacientes, mesmo após o transplante, pode ter sido comprometida pelo estresse em relação à saúde e pelos efeitos colaterais das medicações. No entanto, este estudo tinha um número limitado de participantes, que pode ter diminuído o poder das análises estatísticas, além do tempo de transplante de alguns pacientes ter sido de apenas três meses, quando estes ainda poderiam estar passando por uma adaptação inicial.

Em outro estudo brasileiro, Pereira et al. (2003), avaliaram a QV em três grupos de pacientes, na cidade de São Paulo: 72 pacientes transplantados renais com boa evolução, 43 pacientes em hemodiálise e 58 indivíduos saudáveis, através do SF-36, e demonstraram que os escores dos transplantados renais foram melhores do que os obtidos com os pacientes em hemodiálise, e não foram estatisticamente diferentes aos obtidos pelos indivíduos saudáveis em cinco dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor física, estado geral de saúde, e limitações emocionais. Os componentes da QV nos domínios de saúde física e mental do SF-36 foram menores nos transplantados em relação aos saudáveis, porém o componente de saúde física foi maior nos transplantados quando comparados com os pacientes em hemodiálise.

Assim, analisando-se os dados da literatura sobre a QV do paciente transplantado, observa-se que a maior parte dos estudos são internacionais, e estes demonstram em sua maioria, melhora da QV dos pacientes transplantados, quando comparadas àqueles com insuficiência renal crônica terminal em outros tipos de tratamento.

Entretanto, apesar da literatura apresentar muitos estudos relacionados à qualidade de vida do paciente renal crônico transplantado, pouco se pesquisou a respeito dos aspectos envolvidos na QV desses pacientes.

1.2 Fatores associados à QV

Aspectos sociodemográficos

Estudos como os de Jofré et al. (1998), Rebollo et al. (1998), e Siegal et al. (2002) mostram associação do sexo masculino com melhores escores para QV de indivíduos submetidos a transplante renal. Já o estudo de Ponton et al. (2001) não demonstra essa associação.

Jofré et al. (1998) estudaram através dos instrumentos: *Karnofsky Scale*, que fornece um indicador global de capacidade funcional, e *Sickness Impact Profile* (SIP), que avalia a disfunção que a doença produz no comportamento, a QV de pacientes pré e pós transplante, num estudo longitudinal. Verificaram melhora global na capacidade funcional pós transplante, de forma significativa, em homens. Nas dimensões tanto físicas quanto psicossociais avaliadas pelo SIP, os homens também tiveram melhora significativa nos seus resultados depois do transplante.

Rebollo et al. (1998) através dos instrumentos SF-36, questionário genérico de qualidade de vida, e SIP, avaliaram a QV de pacientes idosos, com 65 anos ou mais, em hemodiálise e transplantados. Além de concluírem que pacientes transplantados tiveram melhor QV que pacientes em hemodiálise, também afirmaram que mulheres tiveram menores escores de QV que homens.

Siegal et al. (2002), avaliaram a satisfação com a vida, de 3676 pacientes transplantados renais através do *Life Satisfaction Index*, e verificaram escores médios de satisfação mais elevados em homens, além da satisfação com a vida ter sido positivamente correlacionada com escolaridade e renda.

Por outro lado, Ponton et al. (2001) não encontraram associação de sexo e QV boa ou ruim. Para tanto, os autores utilizaram o *LEIPAD*, questionário específico de qualidade de vida.

Além disso, Ponton et al. (2001) demonstraram que a posição na ocupação do paciente interferiu significativamente na avaliação da QV, verificando que os pacientes que apresentaram índices ruins estavam mais desempregados que pacientes com índices de QV considerados bons.

Além de Siegal et al. (2002) terem estudado a associação da QV com escolaridade, Rosenberger et al. (2006), através do SF-36, também verificaram que a escolaridade associou-se significativamente com a QV do paciente transplantado renal. Nesse estudo, entre outros achados, verificaram que maior escolaridade foi preditor de melhor QV em pacientes na faixa de 40 a 59 anos, não tendo sido preditor nas demais faixas etárias.

Qualidade de vida medida pelo SF-36, de 347 pacientes transplantados renais estudados por Griva et al. (2002), mostrou associação significativa com renda. Esses autores verificaram que esta foi associada ao componente físico da QV. Ao

separarem os pacientes em quatro grupos, de acordo com a renda, constataram que pacientes com menor renda tiveram escores significativamente menores de QV no componente físico, e nos domínios: capacidade funcional, dor, aspectos físicos, estado geral de saúde, e aspectos emocionais, que pacientes com renda mais alta .

Tavallaii et al. (2009) também encontraram associação de pior renda com escores de QV mais baixos em pacientes submetidos à transplante renal. Neste estudo, 242 pacientes transplantados renais iranianos foram avaliados através do SF-36, e as análises foram realizadas com os pacientes divididos em três grupos, de acordo com sua renda categorizada (baixa, média e alta renda). Encontraram uma tendência significativa de escores gerais de QV mais altos associarem-se a maior renda, associação também significativa para alguns domínios específicos: capacidade física, aspectos físicos e aspectos emocionais.

Idade tem se revelado como um importante fator que interfere na avaliação de QV por pacientes transplantados renais, como se pode observar nos estudos de Jofré et al. (1998), Ponton et al. (2001), Siegal et al. (2002), Chiu et al. (2004); Balaska et al. (2006), e Rosenberger et al. (2006).

Jofré et al. (1998), em estudo longitudinal observaram a influência da idade, demonstrando que idade mais avançada diminui os efeitos benéficos do transplante em relação à QV desses indivíduos. Essa associação também foi observada por Ponton et al. (2001), que afirmaram que a idade média dos pacientes era significativamente maior no grupo com os índices de QV considerada ruim em comparação com grupo com índices de QV considerada boa.

Siegal et al. (2002), observaram que pacientes com mais de 64 anos apresentavam escores médios de satisfação com a vida mais elevados.

Chiu et al. (2004) avaliaram, com o SF-36, 64 pacientes transplantados renais com mais de três meses de transplante, e verificaram que a idade dos pacientes transplantados teve uma correlação negativa com o componente físico da QV e com o domínio dor desse componente. Já Balaska et al. (2006), mediram índices de QV de pacientes gregos antes do transplante e após um ano da cirurgia, também com o SF-36, e concluíram que além dos pacientes transplantados terem melhores índices nos domínios estado geral de saúde, aspectos físicos, aspectos emocionais, e vitalidade, os pacientes que tinham menos de 30 anos no momento do transplante tiveram escores nos domínios de capacidade física, estado geral de saúde, e vitalidade, significativamente maior que pacientes com mais de 30 anos no momento do transplante.

O estudo de Rosenberger et al. (2006), utilizando o SF-36, identificou aspectos preditores de melhor qualidade de vida nesses pacientes de acordo com a idade. Dividiram os pacientes em três diferentes faixas etárias: menos, de 40 anos, de 40 a 59 anos, e com 60 anos ou mais, e apontaram para diferenças significativas nos preditores de melhor QV do paciente renal crônico transplantado de acordo com a idade, sendo que em cada grupo, preditores diferentes foram encontrados. Apenas o menor estresse em decorrência do efeito colateral da medicação imunossupressora, foi preditor de melhor QV de pacientes em todas as faixas etárias.

Pode-se considerar, diante desses estudos, que a idade do paciente transplantado renal, e outros aspectos sociodemográficos descrito (sexo, renda, escolaridade, e posição na ocupação), exercem influência sobre a QV desses pacientes.

Aspectos clínicos

No que se refere aos aspectos clínicos que podem interferir na QV do paciente transplantado renal, o tempo de terapia renal substitutiva prévio ao transplante tem sido apontado como um aspecto importante. Goldfarb-Rumyantzev et al. (2005) relatam associação entre o tempo de diálise prévio ao transplante e o risco de falha do rim após a realização deste. Realizaram um estudo de uma coorte de 81130 pacientes submetidos a transplantes de rim realizados num período de 10 anos, com o objetivo de estudar a associação entre a duração da diálise e a sobrevida do enxerto e do paciente.

Concluíram que o tempo de duração da doença renal terminal prévia, tomado como variável contínua, associou-se com um aumento modesto no risco de falência do enxerto ao longo do tempo, e quando o tempo de duração da doença renal terminal prévia foi estudada como variável categórica, o aumento do risco de falha do enxerto atingiu significância estatística somente quando o tempo em diálise havia sido maior ou igual a 181 dias. Além disso, o tempo de duração da doença renal terminal foi um fator de risco significativo para a ocorrência de óbito, porém, a ocorrência de mortalidade alcançou significância estatística apenas quando o paciente esteve em diálise por um ano ou mais. Dessa forma, conclui-se que curta duração (menor que seis meses) da diálise teve melhores efeitos sobre o sucesso do enxerto e sobrevida do paciente, demonstrando assim que o tempo de tratamento prévio ao transplante pode ser uma variável importante.

Tal estudo (Goldfarb-Rumyantzev et al., 2005) não teve como objetivo estudar a associação de tempo de terapia dialítica prévia e QV, entretanto sabe-se que problemas com a sobrevida do enxerto, como perda de sua função e volta ao

tratamento renal substitutivo, podem acarretar comprometimento em domínios da QV dos pacientes transplantados renais (Bittencourt et al., 2004).

Já o estudo de Griva et al. (2002) que investigou especificamente os aspectos envolvidos na QV de 347 pacientes transplantados renais, utilizando o SF-36, em relação ao tempo de diálise prévia ao transplante, concluiu que mais tempo em diálise foi associado com menores escores no componente físico da QV, e baixos escores em alguns domínios desse componente como capacidade funcional, aspectos físicos, e dor.

Chiu et al. (2004), além de encontrarem em seu estudo correlação entre a idade do paciente transplantado renal e domínios da QV, também encontraram correlação negativa do tempo de terapia renal substitutiva prévia ao transplante, com os domínios aspectos sociais e saúde mental da QV.

Além do tempo de tratamento renal substitutivo realizado antes do transplante, o tempo decorrido após a sua realização pode interferir na QV do paciente transplantado, já que se faz necessário um tempo de adaptação do paciente à nova condição.

Ponton et al. (2001) estudaram as mudanças na qualidade de vida depois do transplante renal, através do *LEIPAD*, que é um questionário de QV. Estudaram oito grupos de pacientes com diferentes tempos do período ocorrido pós transplante, e um grupo em espera para a cirurgia, dividindo-os da seguinte forma: G1- pacientes aguardando transplante, G2 – 0 a 6 meses pós transplante, G3 – 7 a 12 meses, G4- 13 a 24 meses, G5 – 25 a 36 meses, G6 – 37 a 48 meses, G7 – 49 a 60 meses, e G8 – 61 a 120 meses. Encontraram diferenças significativas na maioria dos escores globais da QV em relação ao G1 e G2, G5 e G8, e entre G1 e G8, e evidenciaram melhora significativa da QV no grupo do pós transplante imediato (primeiros seis

meses), em relação ao grupo dos pacientes que aguardavam transplante, mas uma piora progressiva dos escores da QV até os 3 anos após a cirurgia, voltando em seguida aos níveis obtidos no período após o transplante.

Os pesquisadores propuseram posteriormente, uma redivisão dos pacientes em novos grupos, caracterizados como: U1 – pacientes aguardando transplante, U2 – 0 a 6 meses pós transplante, U3 – 7 a 36 meses, e U4 – mais que 36 meses, mostrando diferenças significativas nos escores totais de QV entre todos os grupos. Verificaram que imediatamente após o transplante (até seis meses), os pacientes apresentaram rápida queda nos escores de sofrimento psicológico, que foi medido pela escala *Brief Symptom Inventory*, que diferiu significativamente da etapa anterior, porém esses escores voltaram a subir nos pacientes que tinham sido transplantados entre 25 e 36 meses.

Outro aspecto clínico envolvido na QV de pacientes transplantados renais refere-se à diferença que pode ocasionar o tipo de doador, vivo ou falecido, existindo controvérsias a respeito. Enquanto Griva et al. (2002) e Chiu et al. (2004) não apontam associação entre tipo de doador e QV, Balaska et al. (2006) referem prejuízo em alguns domínios da QV do paciente transplantado renal, quando este possui um rim de doador falecido. Os três grupos de pesquisadores utilizaram o mesmo instrumento, SF-36 para avaliar a QV dos pacientes.

Griva et al. (2002) compararam os pacientes quanto às duas possibilidades de tipo de doador. Estudaram 76 pacientes que receberam o rim de doadores vivos, e 271 que receberam o rim de doadores falecidos, através do SF-36, para medir QV, e também utilizaram o *Transplant Effects Questionnaire*, questionário especialmente desenvolvido para medir respostas emocionais e comportamentais importantes para o paciente transplantado. Verificaram que o tipo

de doador pode levar a diferentes respostas emocionais do paciente, já que receptores de doadores vivos demonstram significativamente mais culpa em relação ao doador, sem diferenças significativas, porém, nos resultados do tipo de doador para os índices de QV.

Também Chiu et al. (2004), avaliaram com o SF-36, 64 pacientes transplantados renais com mais de três meses de transplante, sendo que 33 haviam recebido o rim de doadores vivos, e 31 de doadores falecidos. Relataram resultados semelhantes aos de Griva et al. (2002) no que se refere ao tipo de doador e índices de QV, não tendo identificado diferença significativa nos domínios do SF-36 entre pacientes que receberam rins de doadores vivos e falecidos.

Balaska et al. (2006), pelo contrário, ao estudar a QV de 85 pacientes adultos, avaliando-os antes e depois de um ano do transplante renal bem sucedido através do instrumento SF-36, mostrou que os escores nos domínios dor, estado geral de saúde, e capacidade funcional da QV foram significativamente mais baixos em pacientes que receberam rim de doadores falecidos, em comparação com aqueles que receberam o órgão de doadores vivos. Foram excluídos desse estudo pacientes que tiveram histórico de depressão ou rejeição ao longo do tempo decorrido do transplante.

O uso de serviços de saúde, especificamente a ocorrência de internações hospitalares após o transplante, apresentam relação com a percepção do paciente sobre sua QV, sendo outro aspecto a ser considerado no estudo da influência de aspectos clínicos na QV de pacientes transplantados renais (Rosenberger et al. 2005a; Rosenberger et al. 2006).

Rosenberger et al. (2005a), através do SF-36, avaliou 128 pacientes da Eslováquia que haviam realizado transplante entre três meses e sete anos. Ao dividi-

los em dois grupos em função da idade, sendo um dos grupos constituído de pacientes de até 45 anos, outro com pacientes de 45 anos ou mais, notaram que entre aqueles acima de 45 anos, o maior número de hospitalizações foi preditor de pior percepção do estado de saúde dos pacientes nos domínios estado geral de saúde e vitalidade.

Rosenberger et al. (2006), através do SF-36, demonstrou que menor taxa de hospitalização pós transplante foi preditor de melhor escore do componente mental da QV em pacientes acima de 60 anos.

Internações hospitalares do paciente transplantado renal estão frequentemente relacionadas à ocorrência de complicações cirúrgicas do transplante, às infecções, e à rejeição do enxerto (Reis, 2002).

Dois outros aspectos clínicos estudados em função do seu impacto na QV do paciente transplantado renal são a creatinina sérica e a função renal (Fujisawa et al., 2000; Rosenberger et al., 2005a; Rosenberger et al., 2006).

A creatinina sérica é um dos elementos importantes para se calcular o *clearance* (depuração plasmática de creatinina), além do peso, idade e sexo do indivíduo, através da fórmula de *Cockcroft-Gault* (Cockcroft e Gault, 1976). De acordo com esta fórmula, a creatinina tem uma correlação negativa com o *clearance*.

Na prática clínica, o *clearance* é utilizado para medir a taxa de filtração glomerular, parâmetro para avaliar a função renal.

Fujisawa et al. (2000) verificaram, estudando a QV de um grupo de 117 pacientes transplantados renais, que os domínios capacidade física, estado geral de saúde, e vitalidade foram significativamente dependentes da creatinina sérica. Esses autores, separando os pacientes de acordo com níveis de creatinina em quatro grupos: creatinina menor ou igual a 1 mg/dL; de 1,1 mg/dL a 1,5 mg/dL; de 1,6

mg/dL a 2mg/dL; e maior que 2 mg/dL, verificaram que a pontuação nos domínios capacidade funcional, e estado geral de saúde de pacientes com creatinina maior que 2 mg/dL foi significativamente inferior à dos pacientes com creatinina entre 1,1 mg/dL a 1,5 mg/dL, ou menor ou igual a 1mg/dL.

Rosenberger et al. (2005a) verificaram que em pacientes transplantados renais de até 45 anos, o aumento da creatinina foi associado com piores resultados no componente físico, incluindo os domínios capacidade física e estado geral de saúde.

Em 2006, Rosenberger et al. concluíram que menores taxas de creatinina associaram-se a pontuações mais altas no componente físico da QV de pacientes com menos de 40 anos, medido pelo SF-36.

Presença de comorbidade é outro aspecto clínico do paciente transplantado renal que pode interferir em sua QV (Griva et al., 2002; Siegal et al., 2002; Rosenberger et al., 2005a; Rosenberger et al., 2006).

Para Griva et al. (2002), a doença isquêmica do coração esteve significativamente associada com escores mais baixos no componente físico de QV, e nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, dor, e aspectos emocionais. Ter diabetes associou-se com menor pontuação no componente físico da QV, e nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e aspectos sociais.

Resultado semelhante foi relatado por Rosenberger et al. (2005a), e Rosenberger et al. (2006), sendo que os primeiros concluíram que a presença de diabetes foi preditor de pior percepção do estado de saúde em pacientes acima de 45 anos, e estes últimos autores constataram que a ausência de diabetes foi preditor

de pontuação mais elevada no componente mental da QV de pacientes transplantados, com mais de 60 anos.

Siegal et al. (2002), com o *Life Satisfaction Index* verificaram que o escore médio de satisfação com a vida foi significativamente menor entre os pacientes transplantados renais com comorbidade clínica.

Dessa forma, foram mapeados os diversos aspectos clínicos que interferem na QV do paciente transplantado renal de acordo com a literatura.

Aspectos psicossociais

A QV do paciente transplantado renal também pode sofrer influência de fatores psicossociais.

A depressão ou a presença de sintomas depressivos, segundo Ramos-Cerqueira e Crepaldi (2000) podem interferir negativamente no modo pelo qual o indivíduo avalia a si mesmo e as situações de sua vida. A depressão associada à piora da QV é um tema bastante explorado na literatura sobre pacientes crônicos, aparecendo associada à pior QV de pacientes com Doença de Parkinson (Scalzo et al., 2009) e esclerose múltipla (Alshubaili et al., 2007), entre outros agravos, entre eles a insuficiência renal (Shah et., 2006; Kusleikaite et al., 2007), sendo assim um aspecto importante a ser considerada para o estudo da QV nesses pacientes.

Em pacientes renais crônicos, a literatura mostra que a prevalência de depressão em pacientes transplantados renais varia de acordo com a metodologia utilizada. Szeifert et al. (2010) avaliaram sintomas depressivos de 854 pacientes adultos húngaros através do *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, e verificaram a prevalência de 22% de depressão nesses pacientes.

Kusleikaite et al. (2007) analisaram os fatores que afetavam a QV de 61 pacientes transplantados renais e avaliaram a associação com depressão. Para isso, utilizaram o SF-36 para avaliar a QV, e o Inventário de Depressão de Beck (BDI) para avaliar os sintomas depressivos. Verificaram que escores de sintomas depressivos correlacionavam-se inversamente com os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor, e aspectos emocionais da QV.

Pascazio et al. (2010) realizaram um estudo transversal, comparando ansiedade, depressão e aspectos emocionais entre 42 pacientes transplantados há mais de um ano, e 42 indivíduos saudáveis, utilizando respectivamente as escalas de ansiedade de Zung, o BDI, e a *Affective Neuroscience Personality Scale*. Não foram encontradas diferenças significativas entre os escores de ansiedade e depressão nos dois grupos. Entre os aspectos emocionais das seis dimensões avaliadas pela *Affective Neuroscience Personality Scale*, pacientes transplantados tiveram escores significativamente mais baixos nas dimensões: medo, raiva, e na avaliação geral de emoções negativas.

Pérez-San-Gregorio et al. (2005) analisaram a influência do tempo de transplante renal nos pensamentos depressivos e ansiosos, de 59 pacientes transplantados renais com a *Beck's Cognitions Checklist*, escala que avalia pensamentos ansiosos e depressivos. Analisando diferentes tempos de transplante (até um ano, entre um e dois anos, e com mais de dois anos), verificaram-se diferenças significativas entre os três grupos no que se refere a pensamentos depressivos e ansiosos.

Tavallai et al. (2009) estudaram sintomas de ansiedade e depressão em pacientes renais crônicos, por meio da *Hospital Anxiety and Depression Scale*, e identificaram aumento em escores de sintomas de ansiedade em pacientes com

renda mais baixa, associação que se manteve após a análise de regressão logística. No entanto, os escores de depressão não foram significativamente diferentes entre os grupos de pacientes com relação à renda.

Shah et al. (2006) estudaram a associação da QV de 50 pacientes transplantados renais com depressão, satisfação com a vida, e percepção de apoio social, através de um instrumento chamado *Quality of Life Scale*. Maiores escores de QV correlacionaram-se significativamente com percepção de maior apoio social, e escores mais altos de satisfação com a vida, bem como com menores escores de sintomas de depressão.

O apoio social percebido pelo paciente, isto é, sua percepção de que tem disponível uma rede de relacionamentos interpessoais, e que essa rede pode ajudar a enfrentar problemas e desafios com os quais se confronta, constitui condição facilitadora para uma adaptação ao contexto de tratamento, já que, segundo Rudnicki (2007), a presença ou ausência do apoio social afeta diretamente a saúde dos indivíduos.

Assim sendo o apoio social deve ser visto como outro aspecto que pode interferir na QV, como citado em Shah et al. (2006).

No estudo de Rosenberger et al. (2006), verificou-se a associação da percepção do apoio social pelo paciente com os com índices de QV, constatando-se que a percepção de um maior apoio social foi preditor de melhor QV, porém apenas para pacientes com menos de 40 anos.

Os estudos sobre aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais que se associam a índices de QV de pacientes submetidos a transplante renal, estão sumariados a seguir no Quadro 1.

Quadro 1 – Características sociodemográficas, clínicas, e psicossociais associadas à qualidade de vida do paciente submetido a transplante renal.

Aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais	Ano	Autor	Instrumentos de QV utilizados	Resultados
Sexo	1998	Jofré et al.	- <i>Karnofsky Scale</i> - <i>Sickness Impact Profile</i>	Melhora global na QV pós transplante, significativamente mais frequente em homens.
	1998	Rebollo et al.	- SF-36 - <i>Sickness Impact Profile</i>	Mulher teve piores índices de QV que homem.
	2001	Ponton et al.	- <i>LEIPAD</i>	Diferenças não significativas entre sexos em com relação à QV.
	2002	Siegal et al.	- <i>Life Satisfaction Index</i>	Escore médio de satisfação mais elevada entre homens.
Idade	1998	Jofré et al.	- <i>Karnofsky Scale</i> - <i>Sickness Impact Profile</i>	Idade mais avançada diminuiu significativamente os efeitos benéficos do transplante.
	2001	Ponton et al.	- <i>LEIPAD</i>	Idade média significativamente maior no grupo com QV considerada ruim em comparação com grupo com QV considerada boa.
	2002	Siegal et al.	- <i>Life Satisfaction Index</i>	Escore médio de satisfação mais elevada em pacientes com mais de 64 anos.
	2004	Chiu et al.	- SF-36	Correlação negativa de idade com o componente físico da QV e com o domínio dor.
	2006	Balaska et al.	- SF-36	Pontuação nos domínios estado geral de saúde, aspectos físicos, aspectos emocionais, e vitalidade nos escores de QV de pacientes transplantados com menos de 30 anos foi significativamente mais alta que em pacientes que fizeram transplante com mais de 30 anos.
	2006	Rosenberger et al.	- SF-36	Preditores de melhor QV diferentes para cada faixa etária Grupo <40 anos: melhor apoio social, menor creatinina. Grupo 40 a 59 anos: maior escolaridade. Grupo 60 anos ou mais: menor taxa de diálise e de hospitalização pós transplante, ausência de diabetes.
Escolaridade	2002	Siegal et al.	- <i>Life Satisfaction Index</i>	Índices de satisfação positivamente correlacionados com escolaridade.
	2006	Rosenberger et al.	- SF-36	Alta escolaridade preditor de melhor QV (40 e 59 anos).

Quadro 1 – Características sociodemográficas, clínicas, e psicossociais associadas à qualidade de vida do paciente submetido a transplante renal (continuação).

Aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais	Ano	Autor	Instrumentos de QV utilizados	Resultados
Renda	2002	Siegal et al.	- <i>Life Satisfaction Index</i>	Índices de satisfação com a vida positivamente correlacionados com renda.
	2002	Griva et al.	- SF-36	Renda mais baixa associou-se significativamente com menores índices de QV no componente físico, e nos domínios capacidade funcional, dor, aspectos físicos, estado geral de saúde, e aspectos emocionais.
	2009	Tavallai et al.	- SF-36	Escore de QV mais elevados associados com maior renda: escore total e escores de capacidade funcional, aspectos físicos, e aspectos emocionais.
Posição na ocupação	2001	Ponton et al.	- <i>LEIPAD</i>	QV ruim associada com mais desemprego.
Tempo de terapia renal substitutiva prévia ao transplante	2002	Griva et al.	- SF-36	Mais tempo em diálise associado com menores escores da QV no componente físico, e nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos e dor.
	2004	Chiu et al.	- SF -36	Correlação negativa do tempo de TRS prévia ao transplante, em relação aos escores de aspectos sociais, e saúde mental da QV.
Tempo de transplante	2001	Ponton et al.	- <i>LEIPAD</i>	Diferentes tempos de transplante apresentaram diferenças significativas nos escores totais de QV.
Tipo de doador	2002	Griva et al.	- SF-36	Tipo de doador sem diferenças significativas nos resultados para QV.
	2004	Chiu et al.	- SF -36	QV não foi significativamente diferente entre receptores de doadores vivos e falecidos.
	2006	Balaska et al.	- SF-36	Receptores de rim de doadores falecidos diferiram significativamente nos escores de QV nos domínios dor, estado geral de saúde, e capacidade funcional, em comparação com aqueles que receberam o órgão de doadores vivos.

Quadro 1 – Características sociodemográficas, clínicas, e psicossociais associadas à qualidade de vida do paciente submetido a transplante renal (continuação).

Aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais	Ano	Autor	Instrumentos de QV utilizados	Resultados
Internações pós transplante	2005 a	Rosenberger et al.	- SF-36	Pacientes com 45 anos ou mais, com pior percepção do estado de saúde, tiveram mais hospitalizações no pré e pós transplante.
	2006	Rosenberger et al.	- SF-36	Menor taxa de hospitalização pós transplante foi preditor de melhor escore do componente mental da QV em pacientes acima de 60 anos.
Função renal	2000	Fujisawa et al.	- SF-36	Escore nos domínios capacidade funcional, estado geral de saúde, e vitalidade associaram-se significativamente ao valor da creatinina sérica.
	2005 a	Rosenberger et al.	- SF-36	Valores mais altos de creatinina sérica foram preditores de escores mais baixos no componente físico de QV, inclusive em domínios específicos como aspecto físico e estado geral de saúde, em pacientes de até 45 anos.
	2006	Rosenberger et al.	- SF-36	Valores mais baixos de creatinina sérica associaram-se a escores mais altos de QV no componente físico em pacientes com menos de 40 anos.

Quadro 1 – Características sociodemográficas, clínicas, e psicossociais associadas à qualidade de vida do paciente submetido a transplante renal (continuação).

Aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais	Ano	Autor	Instrumentos de QV utilizados	Resultados
Comorbidade	2002	Griva et al.	- SF-36	Maior número de comorbidade correlacionou-se com pontuação menor nos domínios de QV. Doença isquêmica do coração associou-se a escores mais baixos no componente físico de QV, e nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, dor, e aspectos emocionais. Diabetes associou-se a menor pontuação no componente físico e nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor, e aspectos sociais.
	2002	Siegal et al.	- <i>Life Satisfaction Index</i>	O escore médio de satisfação com a vida foi significativamente menor entre os pacientes com comorbidade.
	2005 a	Rosenberger et al.	- SF-36	Ter diabetes foi preditor de pior percepção do estado de saúde, em pacientes com mais de 45 anos.
	2006	Rosenberger et al.	- SF-36	Não ter diabetes foi preditor de melhor escore no componente mental da QV, em pacientes com mais de 60 anos.
Depressão	2006	Shah et al.	- <i>Quality of Life Scale Score</i>	Maiores escores de QV correlacionaram-se significativamente com menores escores para sintomas de depressão.
	2007	Kusleikaite et al.	- SF-36	Escore mais altos de sintomas depressivos correlacionaram-se negativamente com capacidade funcional, aspectos físicos, dor, e aspectos emocionais da QV.
Apoio Social	2006	Shah et al.	- <i>Quality of Life Scale Score</i>	Escore mais altos de QV correlacionaram-se significativamente com maior percepção de apoio social, e com maiores escores de satisfação com a vida.
	2006	Rosenberger et al.	- SF-36	Ter apoio social foi preditor de melhor escore do componente físico e mental da QV em pacientes com menos de 40 anos.

Justificativa

2 JUSTIFICATIVA

Investigações relatam melhores índices de QV após o transplante renal, porém, poucos estudos na literatura internacional investigaram outros aspectos que também poderiam estar associados à QV desses pacientes, e os raros existentes apresentam resultados controversos. Na literatura nacional são ainda mais raras as pesquisas que investigam conjuntamente aspectos sociodemográficos, clínicos, psicossociais que podem estar associados à QV de pacientes transplantados renais.

Assim, considera-se relevante investigar os múltiplos aspectos que podem favorecer ou comprometer a QV desses pacientes, de forma conjunta, com o propósito de contribuir para a identificação de fatores de risco e proteção para a melhora da QV e assim subsidiar o desenvolvimento de intervenções específicas para a melhora da QV de pacientes submetidos a transplante renal.

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Avaliar índices de QV de pacientes submetidos a transplante renal; e estudar sua associação com características sociodemográficas, clínicas e psicossociais.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever características sociodemográficas e clínicas de pacientes submetidos a transplante renal;
 - Estimar a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade;
 - Avaliar a percepção em relação ao apoio social recebido;
 - Examinar a associação entre aspectos sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, renda, e posição na ocupação); psicossociais (auto-avaliação da saúde, presença de ansiedade – traço e estado, sintomas depressivos e apoio social), e clínicos (tempo de terapia renal substitutiva, tempo de transplante, tipo de doador, uso de serviços de saúde – ter sido internado, realização de tratamento psiquiátrico, função renal medida a partir do *clearance* de creatinina, presença de comorbidade) com a QV dos pacientes submetidos ao transplante renal.
-

Hipóteses

4 HIPÓTESES

- Os escores dos domínios de QV diferem segundo diferentes tempos após o transplante renal.
 - Idade interfere nos escores dos domínios do instrumento de QV.
 - Variáveis psicossociais interferem na QV dos pacientes.
 - Presença de sintomas depressivos associa-se com piores índices de QV.
 - Presença de ansiedade (traço ou estado) associa-se com piores índices de QV.
 - Percepção de baixo apoio social associa-se com piores índices de QV.
 - Variáveis clínicas (tempo de tratamento renal substitutivo, tempo de transplante, tipo de doador, uso de serviços de saúde – ter sido internado, realização de tratamento psiquiátrico, função renal medida a partir do *clearance* de creatinina, presença de comorbidade) interferem na QV dos pacientes.
-

Método

5 MÉTODO

Foi realizado um estudo observacional, do tipo transversal, descritivo e analítico com pacientes submetidos ao transplante renal.

5.1 Contexto da pesquisa

A presente pesquisa foi realizada no Ambulatório de Pós Transplante Renal da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB)/ UNESP, localizada no interior do estado de São Paulo. Tal ambulatório funciona há mais de 25 anos, e foi criado desde o primeiro transplante renal realizado na instituição, para acompanhar os pacientes transplantados. No momento do início do estudo o ambulatório atendia 276 pacientes transplantados renais, número que vem crescendo rapidamente em virtude do grande aumento dos novos transplantes realizados, e da maior sobrevivência desses pacientes. Sua estrutura física conta com cinco consultórios e uma secretaria, além de recepção e sala de enfermagem, que são compartilhadas com outros ambulatórios que funcionam no mesmo espaço físico.

Funcionamento do ambulatório

O ambulatório atende os pacientes às terças feiras, durante os períodos da manhã e tarde, bem como realiza atendimentos eventuais em outros dias da semana em caso de necessidade. Além disso, antes dos atendimentos é realizada a discussão de todos os casos a serem atendidos no período, juntamente com os resultados dos exames laboratoriais.

A frequência de atendimento de cada paciente varia de acordo com seu estado geral de saúde, sendo alguns atendidos semanalmente, e outros a cada três meses.

Equipe

A equipe deste ambulatório compõe-se de quatro médicos nefrologistas, um médico residente em nefrologia, e duas secretárias. Além disso, conta com o trabalho de duas nutricionistas e duas psicólogas, sendo essas profissionais do Programa de Aprimoramento Profissional da instituição. A equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem) que faz a pré consulta com procedimento de pesagem do paciente não faz parte da equipe do ambulatório, sendo parte da equipe coletiva dos ambulatórios.

5.2 Participantes

O levantamento realizado em março de 2010, no início da pesquisa, identificou que eram atendidos no ambulatório de pós transplante renal 276 pacientes, considerados como a população alvo deste estudo. A partir deste número, foi estabelecida uma amostra de conveniência de no mínimo 120 pacientes, incluindo-se um número mínimo de 40 pacientes nas três faixas etárias estabelecidas a partir da análise da distribuição das idades dos 276 pacientes. As faixas etárias compreendiam participantes de 18 a 39 anos; 40 a 59 anos; e 60 anos ou mais.

Critério de inclusão: estabeleceu-se como critério de inclusão ter realizado transplante renal, ter 18 anos ou mais de idade, e comparecer às consultas de retorno agendadas no ambulatório.

Critérios de exclusão: foram critérios de exclusão ter menos de 18 anos de idade, ou apresentar comprometimento físico (surdez, diminuição da capacidade auditiva, impossibilidade de comunicar-se,) e/ou mental (prejuízo cognitivo ou emocional) que impossibilitassem o indivíduo de compreender ou responder ao protocolo da entrevista, segundo avaliação da pesquisadora.

Foram excluídos 19 pacientes por terem menos de 18 anos, e um paciente por apresentar grave comprometimento cognitivo. Entre os elegíveis convidados a participar da pesquisa, não houve ocorrência de nenhuma recusa. Foram considerados elegíveis 256 pacientes, e desses, foram avaliados 165, sendo: 60 pacientes na faixa etária entre 18 e 39 anos, 60 pacientes na faixa entre 40 e 59 anos, e 45 pacientes com 60 anos ou mais. Este número (N=165) constituiu a amostra de modo a permitir a análise estatística planejada, e a inclusão de pacientes em número equivalente em todas as faixas etárias, exceto na faixa de indivíduos com 60 anos ou mais, na qual foram incluídos todos os pacientes em acompanhamento no ambulatório. Os pacientes avaliados corresponderam a 64,5% dos elegíveis. A inclusão dos pacientes não seguiu nenhuma seleção, exceto à relativa à idade.

5.3 Aspectos Éticos

O projeto desta pesquisa foi submetido, e obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB-UNESP (anexo 1). Assegurou-se aos pacientes que aceitaram livremente participar do estudo, a garantia de sigilo com relação aos conteúdos apresentados durante a coleta de dados. Assegurou-se ainda o direito de desistir de participar da pesquisa se assim desejasse, sem que isso

acarretasse em nenhuma alteração ou prejuízo ao tratamento recebido na instituição, conforme Resolução Normativa 196 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

5.4 Instrumentos

Formulário Sociodemográfico e Clínico (Anexo 2)

O formulário elaborado para este estudo teve como objetivo caracterizar os participantes no que se refere aos aspectos socioeconômicos e clínicos. Tal formulário foi elaborado pela autora e pela orientadora da pesquisa, em colaboração com a docente responsável pelo Ambulatório de Pós Transplante Renal, a fim de contemplar todos os dados previstos para as análises.

Para completar o formulário, alguns dados foram obtidos unicamente pelo relato do próprio participante, como idade, escolaridade, renda, tipo de ocupação, posição na ocupação, e auto avaliação de saúde.

A ocupação de cada participante foi considerada como qualificada ou como não qualificada conforme exigissem (qualificadas) ou não (não qualificadas) treinamento específico para realizarem as atividades relativas à ocupação.

Outros dados foram obtidos pelo relato do paciente e conferidos posteriormente com o protocolo/prontuário da unidade, que mantém os registros dos pacientes independentes de seu prontuário geral no hospital. Tal protocolo é composto de um registro completo do paciente desde o início de seu acompanhamento na Unidade de Transplante Renal, e consta de dados pré

cirúrgicos, registro de todos os atendimentos realizados no ambulatório, exames laboratoriais e descrição da avaliação médica em todos os atendimentos realizados.

As informações que foram conferidas referiam-se à realização de TRS prévia, tempo de TRS prévia, tempo de transplante, tipo de doador, internação nos últimos seis meses, uso de medicações psiquiátricas, e comorbidade: hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares, como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, e angina.

A informação sobre a dosagem de creatinina foi obtida exclusivamente através do protocolo da Unidade. Todos os dados obtidos do protocolo foram os atualizados no dia da consulta no qual também foram coletados os dados para tal estudo.

O *clearance* de creatinina foi calculado pela pesquisadora a partir da fórmula de Cockcroft e Gault (1976), amplamente usada e validada para a realização deste cálculo. As variáveis utilizadas neste cálculo foram: sexo, idade e o valor da creatinina – dados já coletados, conforme descrito acima, e peso do paciente, aferido no dia da consulta em que foi feita a entrevista para a coleta de dados desta pesquisa.

SF 36 – Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (Anexo 3)

Trata-se de um instrumento genérico para avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde, pouco extenso, e de fácil administração e compreensão. Além disso, permite que sejam feitas análises para cada domínio da QV.

O SF-36 foi desenvolvido originalmente por Ware et al. (1993), para o Medical Outcomes Study (MOS), e traduzido e validado no Brasil por Ciconelli et al. (1999).

É um questionário composto por 36 itens que permitem avaliar os seguintes domínios: capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas); aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde); vitalidade (grau de cansaço ou energia para realizar atividades); aspectos sociais (limitação nas atividades sociais); aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem-estar).

Os escores de cada domínio tem uma pontuação que varia de 0 a 100, sendo zero correspondente ao pior estado de saúde e 100 correspondente ao melhor estado em cada domínio.

BDI – Inventário de Depressão de Beck (Anexo 4)

O BDI é um instrumento utilizado para medida da intensidade da depressão em pacientes psiquiátricos e na população geral, com idades de 17 a 80 anos. Foi originalmente criado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh em 1961, e revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery em 1979/1982 (Cunha, 2001).

Trata-se de uma escala de 21 itens, cada um com quatro alternativas relativas a graus crescentes de gravidade de depressão, com escores que variam de

zero a três. Os itens referem-se aos seguintes sintomas e atitudes: tristeza; pessimismo; sentimento de fracasso; insatisfação; culpa; punição; auto-aversão; auto-acusações; idéias suicidas; choro; irritabilidade; retraimento social; indecisão; mudança na auto-imagem; dificuldade de trabalhar; insônia; cansaço; perda de apetite; perda de peso; preocupações somáticas; perda da libido. A escala pode ser auto-aplicada, porém neste estudo, para se homogeneizar a forma de aplicação considerando a existência de pessoas não alfabetizadas e com baixa escolaridade, foi sempre aplicada pela pesquisadora, que lia cada item para os participantes e anotava suas respostas.

O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens. A classificação da intensidade da depressão, de acordo com os escores da BDI - versão em português (Cunha 2001) é: Mínimo – 0 a 11; Leve – 12 a 19; Moderado – 20 a 35; Grave – 36 a 63. Neste estudo optou-se por utilizar os pontos de corte propostos por Steer e Kendall, citados por Gorenstein e Andrade (2000), para amostras não diagnosticadas. Segundo esses autores, os escores acima de 15 indicam disforia, e somente os escores acima de 20 seriam considerados casos de depressão. Como sintomas depressivos, foram considerados nesse estudo os casos de disforia e de depressão.

IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Anexo 5)

O IDATE baseia-se em uma concepção dualística que distingue a ansiedade segundo dois conceitos: traço de ansiedade (a-traço) e estado de ansiedade (a-estado). Foi criado por Spielberger, em 1970, e traduzido, adaptado e validado para o Brasil por Biaggio e colaboradores (Spielberger et al. 2003).

A sub escala para avaliar ansiedade-traço requer que o indivíduo descreva como geralmente se sente, enquanto a sub escala de ansiedade-estado requer que o indivíduo indique como se sente em um determinado momento ou situação.

Cada sub escala conta com 20 afirmações, e a cada um dos itens das duas escalas é atribuído um escore de um a quatro. O escore bruto pode variar de 20 (mínimo) a 80 (máximo) em cada escala. Quanto menor a pontuação, menor o nível de ansiedade.

Os escores brutos obtidos para ansiedade, tanto ansiedade-traço quanto ansiedade-estado, foram transformados em percentis, optando-se por considerar como ponto de corte para identificação de sintomas de ansiedade, os casos que estivessem no percentil 75 ou acima deste (Padovani et al. 2004).

MOS – Medical Outcomes Study's Social Support (Anexo 6)

A escala de apoio social utilizada foi elaborada originalmente para o MOS, em 1991. O MOS tratou-se de um estudo que abrangeu 2987 adultos com doenças crônicas, usuários do serviço de saúde nos Estados Unidos (Griep et al. 2005).

No Brasil, a escala foi adaptada para o português no estudo Pró Saúde (Faerstein et al. 1999), e validada por Griep e colaboradores em 2005 (Griep et al. 2005).

A escala de apoio social do MOS é um instrumento constituído por cinco dimensões referentes ao apoio social, sendo estas: material, avaliada por perguntas relacionadas à provisão de recursos práticos e ajuda material; afetiva, avaliada por perguntas relacionadas à demonstrações físicas de amor e afeto; interação social

positiva, avaliada por perguntas relacionadas à possibilidade de contar com pessoas com quem possa relaxar e se divertir; emocional, avaliada por perguntas relacionadas à habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, como situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis; e informação, avaliada, por perguntas relacionadas a poder contar com pessoas que aconselhem, informem, e orientem (Griep et al. 2005).

Para todas as perguntas, cinco opções de respostas são apresentadas, variando de um a cinco, sendo 1 nunca; 2 raramente; 3 às vezes; 4 quase sempre; e 5 sempre. A pontuação final é obtida pela soma dos pontos das cinco dimensões, e pode variar de 19 a 95, sendo que quanto maior for a pontuação, melhor é a percepção do indivíduo do apoio social recebido.

A pontuação obtida no MOS será utilizada como variável contínua nesse estudo.

5.5 Procedimentos

Obtenção dos dados

Enquanto aguardavam pelo atendimento médico ambulatorial previamente agendado na unidade, os pacientes foram abordados individualmente e convidados a participar da pesquisa. Após terem sido esclarecidos sobre seus objetivos e métodos, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo 7), e só então era iniciada a coleta de dados.

Inicialmente os participantes respondiam as questões do formulário sociodemográfico e clínico, e em seguida eram avaliados com os demais

instrumentos descritos, todos aplicados pela pesquisadora. A coleta ocorreu em sala reservada para tal objetivo, com o mínimo de interferências externas possíveis.

Os dados foram coletados durante o período de novembro de 2010 a julho de 2011. Cada entrevista tinha duração média de 30 minutos, variando conforme grau de entendimento do participante.

Todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora antes do atendimento pelo médico. Tal cuidado foi tomado para uniformizar a amostra quanto aos aspectos psicológicos, por exemplo, a ansiedade, que pode variar de antes para depois da consulta. Além disso, por se tratarem de muitos instrumentos aplicados, para cada participante estes foram apresentados numa ordem diferente, evitando assim que o último instrumento aplicado fosse sempre o mesmo, podendo ser respondido de forma menos comprometida por um possível desinteresse ou cansaço do participante.

Análise dos dados

Os dados obtidos foram primeiramente digitados no programa Excel e posteriormente transferidos para o STATA 11.0 (Stata Corporation, 2003), no qual a análise estatística foi realizada.

Foram desfechos deste estudo os escores obtidos no SF-36, sendo variáveis explanatórias as condições sociodemográficas, clínicas e psicossociais. Estão apresentadas no anexo 8 as variáveis utilizadas neste estudo.

Após se verificar pela análise descritiva a consistência dos dados e fazer as correções quando necessárias, os dados sociodemográficos, clínicos e psicossociais foram apresentados como média e desvio padrão, quando variáveis

contínuas, e em números absolutos e porcentagens quando variáveis categóricas, segundo o sexo dos participantes.

Para as análises de associação entre a variável categórica presença de sintomas depressivos e as características sociodemográficas, clínicas e psicossociais foram utilizados o teste de qui-quadrado de Pearson, o teste exato de Fischer ou o teste de Goodman quando adequado.

Foi adotado o nível de significância estatístico padrão de $p < 0,05$, para rejeição da hipótese de nulidade. O estudo de associação de variáveis contínuas foi feito utilizando-se a correlação de postos de Spearman.

Foi realizada a análise bivariada, estudando-se a associação das diferentes variáveis de exposição (aspectos sociodemográficos, clínicos, e psicossociais) com os componentes da qualidade de vida. Para as variáveis contínuas que não apresentaram distribuição normal, após terem sido testadas quanto a sua homogeneidade de variâncias, foram utilizados os teste não-paramétricos de Mann-Whitney ou Kruskal–Wallis.

Tais resultados foram submetidos à análise multivariada por meio da regressão linear múltipla para obtenção de estimativas de associação livres de confusão. Foram incluídas nos modelos construídos para cada domínio do SF-36 as variáveis que na análise bivariada apresentaram significância estatística com $p < 0,10$, sendo todos os modelos ajustados para sexo e idade. Utilizou-se para inclusão das variáveis nos modelos da regressão linear múltipla o procedimento *stepwise backward*.

Resultados

6 RESULTADOS

Está apresentada a seguir a análise descritiva dos dados dos participantes, em que foram analisadas as diferentes características sociodemográficas, clínicas, e psicossociais segundo o sexo e segundo presença de sintomas depressivos; além da análise bivariada e multivariada, que tiveram como desfecho a qualidade de vida.

6.1 Características sociodemográficas da amostra de acordo com o sexo

Observando-se os resultados relativos aos 165 pacientes avaliados, verificou-se que 62,0% eram do sexo masculino, e 46 anos era a idade média da amostra estudada ($DP \pm 14,31$, 18-73 anos). Como a amostra foi controlada em relação às faixas etárias, observou-se 60 pacientes nas faixas de 18 a 39 anos, e de 40 a 59 anos (36,4%). Com relação aos participantes com 60 anos ou mais, todos os pacientes nesta faixa etária acompanhados no ambulatório foram incluídos ($N=45$), perfazendo 27,2% da amostra. Observou-se que homens e mulheres não diferiram em relação à distribuição nessas faixas etárias (Tabela 1).

Com relação à escolaridade, foi possível verificar que 20,0% tinham até três anos de escolaridade, 31,5% entre quatro e sete anos, e 48,5% frequentaram a escola por oito anos ou mais, e também neste caso homens e mulheres não diferiram em relação à distribuição da escolaridade. A média de anos de estudo foi de 7,2 anos (Tabela 1).

Tinham renda *per capita* menor que um salário mínimo, 40,0% dos participantes, e a renda mensal familiar atingiu a média de R\$ 2474,46, conforme demonstrado na tabela 1.

Quanto à qualificação da ocupação, entre as mulheres observou-se significativamente menos ocupações qualificadas (30,7%) que entre os homens (69,9%), sendo essa diferença acentuada pelo critério utilizado que considerou a ocupação de dona de casa como não qualificada, categoria composta apenas de mulheres neste estudo. Dessa forma, homens e mulheres diferem em relação à distribuição da qualificação da ocupação. Das participantes do sexo feminino, 17 eram donas de casa (dados não mostrados) (Tabela 1).

Conforme observado na tabela 1, com relação à posição na ocupação, 20,9% dos participantes estavam empregados, 8,8% desempregados, e 70,3% eram aposentados/pensionistas, ou estavam afastados do trabalho por licença médica.

Tabela 1 – Distribuição de número e porcentagem de características sociodemográficas, segundo sexo.

VARIÁVEL	HOMENS (N=103)		MULHERES (N=62)		TOTAL (N=165)		p*
	N	%	N	%	N	%	
FAIXA ETÁRIA							0,43
18 - 39 anos	34	33,0	26	41,9	60	36,4	
40 - 59 anos	38	36,9	22	35,5	60	36,4	
60 ou mais	31	30,1	14	22,6	45	27,2	
IDADE (ANOS)							Média 46,12 (DP± 14,31; 18-73)
ESCOLARIDADE							0,87
Baixa escolaridade (0 a 3 anos)	20	19,4	13	21,0	33	20,0	
Média Escolaridade (4 a 7 anos)	34	33,0	18	29,0	52	31,5	
Alta escolaridade (8 anos ou mais)	49	47,6	31	50,0	80	48,5	
TEMPO DE ESTUDO (ANOS)							Média 7,16 (DP± 4,22; 0-20)
RENDA PER CAPITA							0,30
< 1 SM	38	36,9	28	45,2	66	40,0	
≥ 1 SM	65	63,1	34	54,8	99	60,0	
RENDA MENSAL FAMILIAR							Média 2474,46 (DP± 2478,05; 300,00-16000,00)
QUALIFICAÇÃO							0,000
Não qualificada	31	30,1	43	69,3	74	44,9	
Qualificada	72	69,9	19	30,7	91	55,1	
POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO	(N=103)		(N=45)		(N=148)		0,80
Empregado	22	21,3	9	20,0	31	20,9	
Desempregado	8	7,8	5	11,1	13	8,8	
Licença médica/auxílio doença/ aposentado/ pensionista	73	70,9	31	68,9	104	70,3	

* Teste do χ^2 de Pearson

6.2 Características clínicas da amostra de acordo com o sexo

Com relação às características clínicas estudadas observou-se que o tempo transcorrido após o transplante, foi de 0 a 6 meses para 30,3% dos participantes, entre 7 e 36 meses para 29,1%, e de 37 meses ou mais de transplante para 40,6% dos participantes. A média do tempo pós-transplante foi de 48,6 meses conforme mostra a tabela 2.

Receberam o rim de doadores falecidos, 51,0% dos participantes (Tabela 2).

Não se verificou a ocorrência de nenhuma internação hospitalar nos últimos seis meses em 78,2% dos participantes deste estudo, e 86,7% não faziam uso de medicação psiquiátrica (Tabela 2).

A presença de pelo menos uma comorbidade foi encontrada em 87,9% dos pacientes, sendo que de toda a amostra, 78,8% tinham hipertensão arterial, 27,3% diabetes mellitus, e 22,4% apresentavam doenças cardiovasculares, tendo tido infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico, ou angina (Tabela 2).

O clearance de creatinina teve uma média de 60,4 ml/min entre a amostra estudada, e 10,3% dos pacientes estavam com o clearance de creatinina inferior a 30 ml/min, referente aos estágios 4 e 5 da insuficiência renal crônica, conforme a tabela 2.

Haviam sido submetidos à TRS por mais de um ano 76,3% dos participantes, e em média por 34,7 meses, conforme apontou a tabela 1, e apenas 5,5% da amostra não realizou TRS prévia ao transplante (dados não mostrados). Nenhuma característica clínica diferiu de forma estatisticamente significativa entre os sexos (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de número e porcentagem de características clínicas, segundo sexo.

Segundo sexo:							
VARIÁVEL	HOMENS (N=103)		MULHERES (N=62)		TOTAL (N=165)		p*
	N	%	N	%	N	%	
FAIXA TEMPO DE TRANSPLANTE							0,27
0 – 6 meses	35	34,0	15	24,2	50	30,3	
7 – 36 meses	26	25,2	22	35,5	48	29,1	
37 meses ou mais	42	40,8	25	40,3	67	40,6	
TEMPO TRANSPLANTE (MESES)			Média 48,62 (DP± 60,5)				
TIPO DOADOR							0,89
Vivo	51	49,5	30	48,4	81	49,0	
Falecido	52	50,5	32	51,6	84	51,0	
INTERNAÇÃO ÚLTIMOS 6 MESES							0,33
Nenhuma	84	81,5	45	72,6	129	78,2	
Uma ou mais	19	18,5	17	27,4	36	21,8	
MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA							0,41
Não	91	88,3	52	83,9	143	86,7	
Sim	12	11,7	10	16,1	22	13,3	
PRESENÇA DE COMORBIDADE							0,81
Não	12	11,7	8	12,9	20	12,1	
Sim	91	88,3	54	87,1	145	87,9	
HIPERTENSÃO ARTERIAL							0,95
Não	22	21,4	13	21,0	35	21,2	
Sim	81	78,6	49	79,0	130	78,8	
DIABETES							0,97
Não	75	72,8	45	72,6	120	72,7	
Sim	28	27,2	17	27,4	45	27,3	
CARDIOVASCULARES							0,97
Não	80	77,7	48	77,4	128	77,6	
Sim	23	22,3	14	22,6	37	22,4	
CLEARANCE DE CREATININA							0,74
≥ 90 ml/min	13	12,6	6	9,7	19	11,5	
60 – 89 ml/min	34	33,0	20	32,3	54	32,7	
30 – 59 ml/min	44	42,7	31	50,0	75	45,5	
≤ 29 ml/min	12	11,7	5	8,0	17	10,3	
CLEARANCE CREATININA (ml/min)			Média 60,40 (DP± 25,19; 10,51-133,76)				
FAIXA TEMPO TRS PRÉVIA		(N=98)	(N=58)		(N=156)		0,77
Até um ano		24	24,5	13	22,4	37	23,7
Mais de um ano		74	75,5	45	77,6	119	76,3
TEMPO TRS PRÉVIA (meses)			Média 34,65 (DP± 31,16; 0-148)				

* Teste do χ^2 de Pearson

6.3 Características psicossociais da amostra de acordo com o sexo

De acordo com a tabela 3, que mostra as características psicossociais segundo sexo dos participantes, percebe-se que 83,6% dos pacientes avaliaram sua saúde como boa ou muito boa.

Os resultados relativos à presença de sintomas depressivos na amostra estudada, utilizando-se os pontos de corte para amostras não diagnosticadas, mostraram que 19,4% apresentavam sintomas depressivos, conforme tabela 3, e desses, 43,7% apresentaram sintomas mais leves de depressão, e os outros 56,3% apresentam sintomas mais graves (dados não mostrados).

Com relação à ansiedade, conforme mostra a tabela 3, homens e mulheres diferenciaram-se de forma estatisticamente significativa em relação a esta característica, tanto para ansiedade-estado ($p=0,007$) quanto para ansiedade-traço ($p\leq 0,001$), sendo que nos dois casos, mulheres apresentaram mais sintomas de ansiedade que homens. Além disso, 10,9% da amostra estudada apresentou ansiedade-estado, e 18,2% ansiedade-traço (Tabela 3).

Quanto ao apoio social, a média de pontuação obtida foi de 84,2 como pode ser observado na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição de número e porcentagem de características psicossociais, segundo sexo.

VARIÁVEL	HOMENS (N=103)		MULHERES (N=62)		TOTAL (N=165)		P*
	N	%	N	%	N	%	
AUTO AVALIAÇÃO DE SAÚDE							0,95
Muito ruim/ruim/regular	17	16,5	10	16,1	27	16,4	
Muito boa/boa	86	83,5	52	83,9	138	83,6	
INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK**							0,42
Não caso	85	82,5	48	77,4	133	80,6	
Caso	18	17,5	14	22,6	32	19,4	
INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO							0,007
Não caso	97	94,2	50	80,7	147	89,1	
Caso	6	5,8	12	19,3	18	10,9	
INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO							0,001
Não caso	92	89,3	43	69,4	135	81,8	
Caso	11	10,7	19	30,6	30	18,2	
APOIO SOCIAL							
PONTUAÇÃO MOS							Média 84,18 (DP± 12,88)

* Teste do χ^2 de Pearson

** pontos de corte para amostras não diagnosticadas

6.4 Características sociodemográficas da amostra de acordo com a presença de sintomas depressivos

De acordo com as características sociodemográficas mostradas na tabela 4, relacionadas com o resultado do Inventário de Depressão de Beck para amostras não diagnosticadas, nenhuma característica teve diferença estatisticamente significativa com relação aos sintomas depressivos.

Renda *per capita* teve uma tendência a ser significativo ($p=0,09$), conforme a tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição de números e porcentagem de características sociodemográficas, segundo caso e não caso de sintomas depressivos, pelo BDI (pontos de corte para amostras não diagnosticadas).

VARIÁVEL	CASO (N=32)		NÃO CASO (N=133)		p
	N	%	N	%	
SEXO					0,42 *
Masculino	18	17,5	85	82,5	
Feminino	14	22,6	48	77,4	
FAIXA ETÁRIA					0,35 *
18 - 39 anos	10	16,7	50	83,3	
40 - 59 anos	10	16,7	50	83,3	
60 ou mais	12	26,7	33	73,3	
ESCOLARIDADE					0,45 *
Baixa escolaridade (0 a 3 anos)	6	18,2	27	81,8	
Média Escolaridade (4 a 7 anos)	13	25,0	39	75,0	
Alta escolaridade (8 anos ou mais)	13	16,2	67	83,8	
RENDA PER CAPITA					0,09 *
< 1 SM	17	25,8	49	74,2	
≥ 1 SM	15	15,1	84	84,9	
QUALIFICAÇÃO					0,29 *
Não qualificada	17	23,0	57	77,0	
Qualificada	15	16,5	76	83,5	
POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO	N = 30		N = 118		0,20 **
Empregado	3	9,7	28	90,3	
Desempregado	2	15,4	11	84,6	
Licença médica/auxílio doença/ aposentado/pensionista	25	24,0	79	76,0	

* Teste do χ^2 de Pearson

** Teste de Goodman

6.5 Características clínicas da amostra de acordo com a presença de sintomas depressivos

Das características clínicas apresentadas, uso de medicação psiquiátrica ($p=0,03$) e presença de diabetes ($p=0,006$) foram as características que tiveram diferenças estatisticamente significativas de acordo com os resultados para sintomas

depressivos. Quem fazia uso de medicação psiquiátrica, e quem tinha diabetes teve significativamente mais sintomas depressivos (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição de números e porcentagem de características clínicas, segundo caso e não caso de sintomas depressivos, pelo BDI (pontos de corte para amostras não diagnosticadas).

VARIÁVEL	CASO (N=32)		NÃO CASO (N=133)		p
	N	%	N	%	
FAIXA TEMPO DE TRANSPLANTE					0,13 *
0 - 6 meses	5	10,0	45	90,0	
7 - 36 meses	11	22,9	37	77,1	
37 meses ou mais	16	23,9	51	76,1	
TIPO DOADOR					0,78 *
Vivo	15	18,5	66	81,5	
Falecido	17	20,2	67	79,8	
INTERNAÇÃO ÚLTIMOS 6 MESES					0,34 *
Nenhuma	23	17,8	106	82,2	
Uma ou mais	9	25,0	27	75,0	
MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA					0,04***
Não	24	16,8	119	83,2	
Sim	8	36,4	14	63,6	
PRESENÇA DE COMORBIDADE					0,50 *
Não	5	25,0	15	75,0	
Sim	27	18,6	118	81,4	
HIPERTENSÃO ARTERIAL					0,29 *
Não	9	25,7	26	74,3	
Sim	23	17,7	107	82,3	
DIABETES					0,006 *
Não	17	14,2	103	85,8	
Sim	15	33,3	30	66,7	
CARDIOVASCULARES					0,18 *
Não	22	17,2	106	82,8	
Sim	10	27,0	27	73,0	
CLEARANCE DE CREATININA					0,91 **
≥ 90 ml/min	4	21,0	15	79,0	
60 – 89 ml/min	9	16,7	45	83,3	
30 – 59 ml/min	16	21,3	59	78,7	
≤ 29 ml/min	3	17,7	14	82,3	
FAIXA TEMPO TRS PRÉVIA					0,46 *
	(N= 32)		(N= 124)		
Até um ano	6	16,2	31	83,8	
Mais de um ano	26	21,8	93	78,2	

* Teste do χ^2 de Pearson

** Teste de Goodman

*** Teste exato de Fisher

6.6 Características psicossociais da amostra de acordo com a presença de sintomas depressivos

De acordo com os resultados mostrados na tabela 6, das características psicossociais dos participantes, de acordo com o resultado do BDI para sintomas depressivos, a auto avaliação de saúde do paciente ($p=0,002$), ansiedade-estado ($p\leq 0,001$), e ansiedade-traço ($p\leq 0,001$) tiveram diferença estatisticamente significativa com relação aos sintomas depressivos.

Nos pacientes que avaliaram sua saúde como regular, ruim, ou muito ruim, ou apresentaram sintomas de ansiedade traço e ansiedade estado, observou-se maior prevalência de sintomas depressivos (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição de números e porcentagem de características psicossociais, segundo caso e não caso de sintomas depressivos, pelo BDI (pontos de corte para amostras não diagnosticadas).

VARIÁVEL	CASO (N=32)		NÃO CASO (N=133)		p*
	N	%	N	%	
AUTO AVALIAÇÃO DE SAÚDE					0,002
Muito ruim/ruim/regular	11	40,7	16	59,3	
Muito boa/boa	21	15,2	117	84,8	
INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO					0,000
Não caso	22	15,0	125	85,0	
Caso	10	55,6	8	44,4	
INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO					0,000
Não caso	13	9,6	122	90,4	
Caso	19	63,3	11	36,7	

* Teste do χ^2 de Pearson

6.7 Características de Qualidade de Vida da amostra

A tabela 7 mostra a média e o desvio padrão de cada um dos oito domínios de QV avaliados pelo SF-36. Nota-se que o domínio mais afetado foi aspectos físicos, com média de 50,0 pontos. O domínio que teve a pontuação mais alta foi saúde mental, atingindo média de 75,3. Nenhum domínio, porém, teve pontuação média abaixo de 50,0.

Tabela 7 – Pontuação média nos domínios de QV segundo SF-36.

DOMÍNIO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Capacidade funcional	66,1	27,1
Aspectos físicos	50,0	42,8
Dor	64,8	27,7
Estado Geral de Saúde	68,8	22,0
Vitalidade	67,9	19,7
Aspectos sociais	72,9	31,9
Aspectos emocionais	72,1	37,8
Saúde Mental	75,3	19,2

6.8 Análise bivariada

Estão apresentados a seguir os dados referentes à análise bivariada das características sociodemográficas, clínicas, e psicossociais da amostra estudada, tendo como desfecho a QV.

A tabela 8 traz as médias e os desvios padrão do domínio capacidade funcional, avaliado pelo SF-36, em relação a todos os aspectos estudados, bem como mostra a associação dessas variáveis com este domínio específico, obtida pelos testes de Mann-Whitney e Kruskal Wallis.

Observou-se que a distribuição da pontuação obtida no domínio capacidade funcional, diferiu de forma estatisticamente significativa em relação à faixa etária ($p \leq 0,001$), escolaridade ($p \leq 0,001$), posição na ocupação ($p \leq 0,001$), tempo de transplante ($p \leq 0,001$), tipo de doador ($p \leq 0,001$), número de internações nos últimos seis meses ($p = 0,02$), fazer uso de medicação psiquiátrica ($p = 0,02$), ter diabetes ($p \leq 0,001$) ou problemas cardiovasculares ($p \leq 0,001$), auto avaliação de saúde ($p \leq 0,001$), sintomas depressivos ($p \leq 0,001$), e sintomas de ansiedade-traço ($p = 0,009$) (Tabela 8).

Observou-se que ter menos idade, apresentar maior escolaridade, estar desempregado, ter mais tempo de transplante, ter recebido rim de doador vivo, não ter tido nenhuma internação nos últimos seis meses, não estar em uso de medicação psiquiátrica, não apresentar diabetes ou problemas cardiovasculares, avaliar positivamente sua saúde, não apresentar sintomas depressivos, nem sintomas de ansiedade-traço associaram-se significativamente com melhor capacidade funcional, conforme se pode observar na tabela 8.

O clearance de creatinina ≥ 90 ml/min apresentou uma tendência a se associar com melhor capacidade funcional, porém a diferença na distribuição da pontuação não foi significativa ($p = 0,09$) (Tabela 8).

Tabela 8 – Pontuações médias e desvios padrão no domínio capacidade funcional segundo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais.

VARIÁVEIS	CAPACIDADE FUNCIONAL		VARIÁVEIS	CAPACIDADE FUNCIONAL	
	MÉDIA e DP	p		MÉDIA e DP	p
SEXO		0,20 *	MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA		0,02 *
Masculino	68,2 (± 26,9)		Não	68,2 (± 26,3)	
Feminino	62,8 (± 27,3)		Sim	52,7 (± 29,2)	
FAIXA ETÁRIA		0,000 **	PRESENÇA DE COMORBIDADE		0,70 *
18 - 39 anos	79,7 (± 20,8)		Não	71,2 (± 17,8)	
40 - 59 anos	62,3 (± 24,7)		Sim	65,4 (± 28,1)	
60 ou mais	53,2 (± 30,1)		HIPERTENSÃO ARTERIAL		0,19 *
ESCOLARIDADE		0,001**	Não	62,1 (± 24,3)	
Baixa escolaridade (0 a 3 anos)	55,6 (± 28,6)		Sim	67,2 (± 27,8)	
Média Escolaridade (4 a 7 anos)	61,5 (± 27,3)		DIABETES		0,000 *
Alta escolaridade (8 anos ou mais)	73,5 (± 24,5)		Não	73,6 (± 23,2)	
RENDA PER CAPITA		0,77 *	Sim	46,1 (± 26,8)	
< 1 SM	66,2 (± 25,4)		CARDIOVASCULARES		0,000 *
≥ 1 SM	66,1 (± 28,4)		Não	72,1 (± 23,7)	
POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO		0,000 **	Sim	45,5 (± 28,5)	
Empregado	78,7 (± 24,0)		CLEARANCE DE CREATININA		0,09 **
Desempregado	83,1 (± 13,0)		≥ 90 ml/min	76,6 (± 22,2)	
Licença médica/auxílio doença/ aposentado/pensionista	60,0 (± 28,0)		60 – 89 ml/min	69,9 (± 26,6)	
Dona de casa	67,9 (± 22,1)		30 – 59 ml/min	61,2 (± 28,3)	
QUALIFICAÇÃO		0,68 *	≤ 29 ml/min	64,4 (± 25,1)	
Não qualificada	68,0 (± 24,8)		AUTO AVALIAÇÃO DE SAÚDE		0,000 *
Qualificada	64,6 (± 28,9)		Muito ruim/ruim/regular	48,3 (± 28,0)	
FAIXA TEMPO TRS PRÉVIA		0,13 **	Muito boa/boa	69,6 (± 25,6)	
Até um ano	72,8 (± 22,0)		INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK		0,000 *
Mais de um ano	64,4 (± 28,3)		Não caso	70,1 (± 25,4)	
Não realizou	62,2 (± 28,5)		Caso	49,5 (± 28,3)	
FAIXA TEMPO DE TRANSPLANTE		0,000 **	INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO		0,17 *
0 - 6 meses	54,4 (± 25,4)		Não caso	67,4 (± 26,2)	
7 - 36 meses	69,2 (± 27,1)		Caso	56,1 (± 32,6)	
37 meses ou mais	72,8 (± 25,9)		INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO		0,009 *
TIPO DOADOR		0,000 *	Não caso	68,8 (± 26,1)	
Vivo	73,9 (± 24,3)		Caso	54,0 (± 28,8)	
Falecido	58,7 (± 27,7)				
INTERNAÇÃO ÚLTIMOS 6 MESES		0,02 *			
Nenhuma	68,8 (± 26,0)				
Uma ou mais	56,7 (± 29,2)				

* Teste de Mann-Whitney ** Teste de Kruskal Wallis (testes não paramétricos)

A tabela 9 mostra as pontuações médias e os desvios padrão do domínio aspectos físicos, conforme avaliado pelo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais, bem como mostra a associação dessas variáveis com tal domínio.

Neste domínio observou-se que a distribuição da pontuação obtida variou significativamente em relação a variáveis sociodemográficas: faixa etária ($p=0,003$), escolaridade ($p=0,01$), renda *per capita* ($p=0,03$), e posição na ocupação ($p\leq 0,001$), mostrando que menor faixa etária, maior grau de escolaridade, renda *per capita* mais alta, e estar desempregado, associaram-se significativamente com melhor escore para o domínio aspectos físicos (Tabela 9).

Quanto às variáveis clínicas, tempo de transplante ($p\leq 0,001$), tipo de doador ($p=0,01$), internação nos últimos seis meses ($p\leq 0,001$), ter diabetes ($p=0,01$) ou problemas cardiovasculares ($p=0,02$), e *clearance* de creatinina ($p=0,003$) foram as variáveis cuja distribuição da pontuação variou significativamente. Ter entre sete e 36 meses de transplante, ter recebido rim de doador vivo, não ter tido internação nos últimos seis meses, não apresentar diabetes ou problemas cardiovasculares, e apresentar *clearance* de creatinina ≥ 90 ml/min associou-se significativamente aos escores mais elevados no domínio aspectos físicos (Tabela 9).

Auto avaliação de saúde ($p=0,004$) e presença de sintomas depressivos ($p=0,03$) foram as variáveis psicossociais cuja distribuição da pontuação variou significativamente em relação ao domínio estudado, sugerindo conforme na tabela 9, que avaliar positivamente a saúde, e não apresentar sintomas depressivos associaram-se significativamente com escores mais elevados para o domínio aspectos físicos.

Tabela 9 – Pontuações médias e desvios padrão no domínio aspectos físicos segundo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais.

VARIÁVEIS	ASPECTOS FÍSICOS		VARIÁVEIS	ASPECTOS FÍSICOS	
	MÉDIA e DP	p		MÉDIA e DP	p
SEXO		0,68 *	MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA		0,86 *
Masculino	48,8 (± 41,8)		Não	50,3 (± 42,8)	
Feminino	52,0 (± 44,9)		Sim	47,7 (± 44,3)	
FAIXA ETÁRIA		0,003 **	PRESENÇA DE COMORBIDADE		0,52 *
18 - 39 anos	65,4 (± 39,9)		Não	42,5 (± 40,6)	
40 - 59 anos	38,7 (± 41,8)		Sim	51,0 (± 43,2)	
60 ou mais	44,4 (± 42,9)		HIPERTENSÃO ARTERIAL		0,15 *
ESCOLARIDADE		0,01 **	Não	40,0 (± 40,8)	
Baixa escolaridade (0 a 3 anos)	37,1 (± 43,8)		Sim	52,7 (± 43,2)	
Média Escolaridade (4 a 7 anos)	41,8 (± 40,4)		DIABETES		0,01 *
Alta escolaridade (8 anos ou mais)	60,6 (± 41,9)		Não	55,2 (± 42,1)	
RENDA PER CAPITA		0,03 *	Sim	36,1 (± 42,1)	
< 1 SM	41,7 (± 41,4)		CARDIOVASCULARES		0,02 *
≥ 1 SM	55,5 (± 43,1)		Não	53,9 (± 41,9)	
POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO		0,001 **	Sim	36,5 (± 43,9)	
Empregado	66,9 (± 40,5)		CLEARANCE DE CREATININA		0,003 **
Desempregado	75,0 (± 36,8)		≥ 90 ml/min	67,1 (± 40,9)	
Licença médica/auxílio doença/ aposentado/pensionista	42,5 (± 42,1)		60 – 89 ml/min	62,0 (± 43,4)	
Dona de casa	45,6 (± 43,5)		30 – 59 ml/min	42,6 (± 41,6)	
QUALIFICAÇÃO		0,75 *	≤ 29 ml/min	25,0 (± 30,6)	
Não qualificada	51,7 (± 43,7)		AUTO AVALIAÇÃO DE SAÚDE		0,004 *
Qualificada	48,6 (± 42,4)		Muito ruim/ruim/regular	29,6 (± 40,4)	
FAIXA TEMPO TRS PRÉVIA		0,54 **	Muito boa/boa	54,0 (± 42,3)	
Até um ano	52,7 (± 40,7)		INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK		0,03 *
Mais de um ano	47,7 (± 43,5)		Não caso	53,2 (± 42,8)	
Não realizou	69,4 (± 41,0)		Caso	36,7 (± 41,1)	
FAIXA TEMPO DE TRANSPLANTE		0,000 **	INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO		0,82 *
0 - 6 meses	22,5 (± 31,6)		Não caso	50,2 (± 43,0)	
7 - 36 meses	63,0 (± 40,6)		Caso	48,6 (± 42,4)	
37 meses ou mais	61,2 (± 42,7)		INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO		0,40 *
TIPO DOADOR		0,01 *	Não caso	51,1 (± 42,8)	
Vivo	58,6 (± 41,9)		Caso	45,0 (± 43,2)	
Falecido	41,6 (± 42,4)				
INTERNAÇÃO ÚLTIMOS 6 MESES		0,000 *			
Nenhuma	56,4 (± 42,3)				
Uma ou mais	27,1 (± 37,0)				

* Teste de Mann-Whitney ** Teste de Kruskal Wallis (testes não paramétricos)

A tabela 10 traz as pontuações médias e os desvios padrão do índice de qualidade de vida no domínio dor, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais, bem como mostra a relação dessas variáveis com tal domínio.

Neste domínio observou-se que a distribuição da pontuação obtida variou significativamente em relação ao aspecto sociodemográfico: escolaridade ($p \leq 0,001$); ao aspecto clínico: problemas cardiovasculares ($p = 0,04$); e psicossociais: sintomas depressivos ($p = 0,04$) (Tabela 10).

Dessa forma, pessoas que tem oito anos ou mais de escolaridade, sem problemas cardiovasculares, e sem sintomas depressivos, apresentam escores mais altos neste domínio, evidenciando menor dor (Tabela 10).

Tabela 10 – Pontuações médias e desvios padrão no domínio dor segundo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais.

VARIÁVEIS	DOR		VARIÁVEIS	DOR	
	MÉDIA e DP	p		MÉDIA e DP	p
SEXO		0,44 *	MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA		0,95 *
Masculino	65,8 (± 28,6)		Não	64,9 (± 27,6)	
Feminino	63,3 (± 26,2)		Sim	64,3 (± 28,8)	
FAIXA ETÁRIA		0,10 **	PRESENÇA DE COMORBIDADE		0,97 *
18 - 39 anos	72,1 (± 23,2)		Não	67,2 (± 20,8)	
40 - 59 anos	60,3 (± 31,0)		Sim	64,5 (± 28,6)	
60 ou mais	61,3 (± 27,2)		HIPERTENSÃO ARTERIAL		0,69 *
ESCOLARIDADE		0,001 **	Não	65,4 (± 21,8)	
Baixa escolaridade (0 a 3 anos)	52,7 (± 25,7)		Sim	64,7 (± 29,1)	
Média Escolaridade (4 a 7 anos)	61,3 (± 27,5)		DIABETES		0,75 *
Alta escolaridade (8 anos ou mais)	72,1 (± 26,7)		Não	65,2 (± 28,2)	
RENDA PER CAPITA		0,41 *	Sim	63,8 (± 26,6)	
< 1 SM	62,9 (± 27,3)		CARDIOVASCULARES		0,04 *
≥ 1 SM	66,1 (± 28,0)		Não	67,0 (± 27,8)	
POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO		0,20 **	Sim	57,3 (± 26,4)	
Empregado	71,0 (± 27,3)		CLEARANCE DE CREATININA		0,80 **
Desempregado	72,7 (± 24,6)		≥ 90 ml/min	69,1 (± 26,7)	
Licença médica/auxílio doença/ aposentado/pensionista	61,6 (± 28,7)		60 – 89 ml/min	65,3 (± 28,6)	
Dona de casa	67,3 (± 22,6)		30 – 59 ml/min	64,5 (± 28,1)	
QUALIFICAÇÃO		0,37 *	≤ 29 ml/min	60,3 (± 25,6)	
Não qualificada	63,6 (± 26,2)		AUTO AVALIAÇÃO DE SAÚDE		0,17 *
Qualificada	65,9 (± 28,9)		Muito ruim/ruim/regular	59,4 (± 28,1)	
FAIXA TEMPO TRS PRÉVIA		0,21 **	Muito boa/boa	65,9 (± 27,6)	
Até um ano	71,0 (± 22,5)		INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK		0,04 *
Mais de um ano	62,8 (± 28,9)		Não caso	67,0 (± 26,8)	
Não realizou	66,1 (± 29,1)		Caso	55,9 (± 29,8)	
FAIXA TEMPO DE TRANSPLANTE		0,10 **	INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO		0,22 *
0 - 6 meses	59,3 (± 30,0)		Não caso	66,0 (± 26,6)	
7 - 36 meses	70,8 (± 26,7)		Caso	55,0 (± 35,0)	
37 meses ou mais	64,7 (± 26,1)		INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO		0,11 *
TIPO DOADOR		0,65 *	Não caso	66,4 (± 27,1)	
Vivo	66,3 (± 27,3)		Caso	57,9 (± 29,5)	
Falecido	63,5 (± 28,1)				
INTERNAÇÃO ÚLTIMOS 6 MESES		0,30 *			
Nenhuma	66,2 (± 27,3)				
Uma ou mais	60,1 (± 29,0)				

* Teste de Mann-Whitney ** Teste de Kruskal Wallis (testes não paramétricos)

Observou-se na tabela 11, que mostra as pontuações médias e respectivos desvios padrão do domínio estado geral de saúde da QV em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais, e a relação dessas variáveis com tal domínio, que a distribuição da pontuação obtida variou significativamente em relação às variáveis sociodemográficas somente em posição na ocupação ($p=0,02$), na qual estar empregado ou ser dona de casa associou-se significativamente com melhor escore para o domínio estado geral de saúde.

Com relação às variáveis clínicas, internação nos últimos 6 meses ($p=0,02$) e clearance de creatinina ($p=0,003$) foram as variáveis cuja distribuição da pontuação variou significativamente. Uso de medicação psiquiátrica ($p=0,09$) e diabetes ($p=0,08$) mostraram tendência a ter uma variação estatisticamente significativa na distribuição da pontuação (Tabela 11).

Dessa forma, observou-se que não ter tido episódio de internação nos últimos seis meses, e ter clearance de creatinina ≥ 90 ml/min associaram-se com melhor escore para estado geral de saúde de forma significativa (Tabela 11).

Quanto aos aspectos psicossociais, observado na tabela 11, auto avaliação de saúde ($p\leq 0,001$), sintomas depressivos ($p\leq 0,001$), e sintomas de ansiedade traço ($p\leq 0,001$) e estado ($p\leq 0,001$), tiveram a distribuição da pontuação variando de forma significativa, de forma que fazer uma avaliação de saúde boa ou muito boa, não apresentar sintomas depressivos, nem de ansiedade traço e estado, associaram-se significativamente com escore mais elevado para o domínio estado geral de saúde.

Tabela 11 – Pontuações médias e desvios padrão no domínio estado geral de saúde segundo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais.

VARIÁVEIS	ESTADO GERAL DE SAÚDE		VARIÁVEIS	ESTADO GERAL DE SAÚDE	
	MÉDIA e DP	p		MÉDIA e DP	p
SEXO		0,28 *	MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA		0,09 *
Masculino	67,3 (± 22,7)		Não	70,0 (± 21,7)	
Feminino	71,3 (± 20,9)		Sim	61,1 (± 23,2)	
FAIXA ETÁRIA		0,30 **	PRESENÇA DE COMORBIDADE		0,45 *
18 - 39 anos	72,5 (± 20,8)		Não	72,2 (± 21,5)	
40 - 59 anos	67,2 (± 22,1)		Sim	68,3 (± 22,1)	
60 ou mais	66,0 (± 23,3)		HIPERTENSÃO ARTERIAL		0,83 *
ESCOLARIDADE		0,47 **	Não	70,0 (± 19,7)	
Baixa escolaridade (0 a 3 anos)	67,1 (± 23,8)		Sim	68,5 (± 22,7)	
Média Escolaridade (4 a 7 anos)	66,4 (± 21,8)		DIABETES		0,08 *
Alta escolaridade (8 anos ou mais)	71,0 (± 21,5)		Não	70,5 (± 22,3)	
RENDA PER CAPITA		0,11 *	Sim	64,2 (± 21,0)	
< 1 SM	65,4 (± 22,1)		CARDIOVASCULARES		0,22 *
≥ 1 SM	71,0 (± 21,8)		Não	69,7 (± 22,7)	
POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO		0,02 **	Sim	65,5 (± 19,6)	
Empregado	76,4 (± 19,8)		CLEARANCE DE CREATININA		0,003 **
Desempregado	58,8 (± 21,2)		≥ 90 ml/min	79,7 (± 21,0)	
Licença médica/auxílio doença/ aposentado/pensionista	66,3 (± 22,7)		60 – 89 ml/min	73,2 (± 22,2)	
Dona de casa	77,6 (± 16,3)		30 – 59 ml/min	64,6 (± 21,6)	
QUALIFICAÇÃO		0,70 *	≤ 29 ml/min	60,6 (± 18,0)	
Não qualificada	67,9 (± 22,5)		AUTO AVALIAÇÃO DE SAÚDE		0,000 *
Qualificada	69,5 (± 21,8)		Muito ruim/ruim/regular	49,2 (± 17,4)	
FAIXA TEMPO TRS PRÉVIA		0,26 **	Muito boa/boa	72,6 (± 20,8)	
Até um ano	71,5 (± 23,4)		INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK		0,000 *
Mais de um ano	67,4 (± 21,6)		Não caso	72,5 (± 20,5)	
Não realizou	75,5 (± 22,4)		Caso	53,3 (± 21,6)	
FAIXA TEMPO DE TRANSPLANTE		0,11 **	INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO		0,000 *
0 - 6 meses	69,0 (± 21,6)		Não caso	71,2 (± 21,4)	
7 - 36 meses	74,3 (± 19,1)		Caso	49,4 (± 17,8)	
37 meses ou mais	64,7 (± 23,7)		INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO		0,000 *
TIPO DOADOR		0,86 *	Não caso	72,1 (± 21,6)	
Vivo	68,9 (± 22,8)		Caso	54,0 (± 17,8)	
Falecido	68,7 (± 21,4)				
INTERNAÇÃO ÚLTIMOS 6 MESES		0,02 *			
Nenhuma	70,6 (± 22,6)				
Uma ou mais	62,2 (± 18,8)				

* Teste de Mann-Whitney ** Teste de Kruskal Wallis (testes não paramétricos)

A tabela 12 traz as pontuações médias e os desvios padrão do índice de qualidade de vida no domínio vitalidade, avaliado pelo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais, bem como mostra a associação dessas variáveis com este domínio específico.

Observou-se que a distribuição da pontuação obtida no domínio vitalidade, diferiu de forma estatisticamente significativa em relação à faixa etária ($p=0,04$), posição na ocupação ($p=0,01$), internação nos últimos seis meses ($p=0,02$), uso de medicação psiquiátrica ($p=0,03$), problemas cardiovasculares ($p=0,005$), auto avaliação de saúde ($p\leq 0,001$), sintomas depressivos ($p\leq 0,001$), sintomas de ansiedade traço ($p\leq 0,001$) e de ansiedade estado ($p\leq 0,001$) (Tabela 12).

Observou-se que ter menor idade, estar empregado, não ter tido internações nos últimos seis meses, não estar em uso de medicação psiquiátrica, não apresentar problemas cardiovasculares, avaliar positivamente sua saúde, não apresentar sintomas depressivos, e não apresentar sintomas de ansiedade traço nem estado associaram-se significativamente com melhor vitalidade, conforme se pode observar também na tabela 12.

Ter realizado até um ano de terapia renal substitutiva prévia mostrou uma tendência a ser significativo ($p=0,07$) e a associar-se com escores mais altos no domínio vitalidade (Tabela 12).

Tabela 12 – Pontuações médias e desvios padrão no domínio vitalidade segundo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais.

VARIÁVEIS	VITALIDADE		VARIÁVEIS	VITALIDADE	
	MÉDIA e DP	p		MÉDIA e DP	p
SEXO		0,62 *	MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA		0,03 *
Masculino	68,7 (± 19,6)		Não	69,4 (± 18,9)	
Feminino	66,5 (± 20,1)		Sim	58,2 (± 22,9)	
FAIXA ETÁRIA		0,04 **	PRESENÇA DE COMORBIDADE		0,20 *
18 - 39 anos	72,6 (± 18,8)		Não	73,0 (± 18,8)	
40 - 59 anos	66,3 (± 19,7)		Sim	67,2 (± 19,8)	
60 ou mais	63,6 (± 20,2)		HIPERTENSÃO ARTERIAL		0,46 *
ESCOLARIDADE		0,18 **	Não	68,4 (± 23,1)	
Baixa escolaridade (0 a 3 anos)	63,3 (± 19,1)		Sim	67,7 (± 18,9)	
Média Escolaridade (4 a 7 anos)	68,0 (± 19,7)		DIABETES		0,10 *
Alta escolaridade (8 anos ou mais)	69,7 (± 20,0)		Não	69,6 (± 18,8)	
RENDA PER CAPITA		0,27 *	Sim	63,2 (± 21,6)	
< 1 SM	66,4 (± 18,7)		CARDIOVASCULARES		0,005 *
≥ 1 SM	68,9 (± 20,5)		Não	70,6 (± 17,9)	
POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO		0,01 **	Sim	58,5 (± 22,9)	
Empregado	76,3 (± 15,4)		CLEARANCE DE CREATININA		0,26 **
Desempregado	72,7 (± 17,5)		≥ 90 ml/min	74,5 (± 18,9)	
Licença médica/auxílio doença/ aposentado/pensionista	64,5 (± 20,9)		60 – 89 ml/min	70,0 (± 18,2)	
Dona de casa	69,4 (± 16,3)		30 – 59 ml/min	64,8 (± 21,0)	
QUALIFICAÇÃO		0,50 *	≤ 29 ml/min	67,3 (± 18,7)	
Não qualificada	66,7 (± 19,5)		AUTO AVALIAÇÃO DE SAÚDE		0,000*
Qualificada	68,9 (± 20,0)		Muito ruim/ruim/regular	51,5 (± 21,1)	
FAIXA TEMPO TRS PRÉVIA		0,07 **	Muito boa/boa	71,1 (± 17,9)	
Até um ano	73,0 (± 17,9)		INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK		0,000 *
Mais de um ano	66,3 (± 20,6)		Não caso	71,9 (± 17,3)	
Não realizou	68,0 (± 12,6)		Caso	51,1 (± 20,6)	
FAIXA TEMPO DE TRANSPLANTE		0,63 **	INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO		0,000 *
0 - 6 meses	67,7 (± 20,0)		Não caso	70,0 (± 18,8)	
7 - 36 meses	70,2 (± 19,3)		Caso	50,8 (± 19,4)	
37 meses ou mais	66,4 (± 20,0)		INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO		0,000 *
TIPO DOADOR		0,98 *	Não caso	71,7 (± 17,6)	
Vivo	67,5 (± 20,5)		Caso	50,6 (± 20,0)	
Falecido	68,2 (± 19,1)				
INTERNAÇÃO ÚLTIMOS 6 MESES		0,02 *			
Nenhuma	69,9 (± 18,9)				
Uma ou mais	60,5 (± 21,0)				

* Teste de Mann-Whitney ** Teste de Kruskal Wallis (testes não paramétricos)

Conforme pode ser observado na tabela 13, que mostra as pontuações médias e os desvios padrão do índice de qualidade de vida no domínio aspectos sociais, em relação às variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais, e a relação dessas variáveis com tal domínio, a distribuição da pontuação obtida variou significativamente em relação a algumas características.

Dentre as variáveis sociodemográficas, faixa etária ($p=0,01$) e posição na ocupação ($p=0,04$) tiveram variação significativa na distribuição da pontuação, sendo que ter menor idade, e estar desempregado, associou-se significativamente com melhor escore para o domínio aspectos sociais da QV (Tabela 13).

Quanto às variáveis clínicas, tempo de transplante ($p=0,008$), internação nos últimos 6 meses ($p=0,01$), uso de medicação psiquiátrica ($p=0,04$), problemas cardiovasculares ($p=0,01$), e *clearance* de creatinina ($p=0,02$) tiveram variação significativa na distribuição da pontuação, sendo que ter entre 7 e 36 meses de transplante, não ter tido nenhuma internação nos últimos 6 meses, não estar em uso de medicação psiquiátrica, não apresentar problemas cardiovasculares, e ter o *clearance* de creatinina ≥ 90 ml/min associaram-se significativamente com melhor escore para o domínio aspectos sociais da QV (Tabela 13).

No que se refere às variáveis psicossociais, não apresentar sintomas depressivos ($p=0,003$) nem de ansiedade estado ($p=0,002$) ou traço ($p\leq 0,001$) associaram-se significativamente com melhor escore para o domínio aspectos sociais da QV (Tabela 13).

A auto avaliação de saúde mostrou um tendência a ser significativo ($p=0,09$) e a associar-se com escores mais altos no domínio aspectos sociais (Tabela 13).

Tabela 13 – Pontuações médias e desvios padrão no domínio aspectos sociais segundo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais.

VARIÁVEIS	ASPECTOS SOCIAIS		VARIÁVEIS	ASPECTOS SOCIAIS	
	MÉDIA e DP	p		MÉDIA e DP	p
SEXO			MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA		0,04 *
Masculino	71,9 (± 33,0)	0,65 *	Não	75,2 (± 30,3)	
Feminino	74,5 (± 30,2)		Sim	57,9 (± 38,5)	
FAIXA ETÁRIA		0,01 **	PRESENÇA DE COMORBIDADE		0,30 *
18 - 39 anos	82,4 (± 24,4)		Não	68,7 (± 27,4)	
40 - 59 anos	65,8 (± 34,0)		Sim	73,5 (± 32,6)	
60 ou mais	69,7 (± 35,4)		HIPERTENSÃO ARTERIAL		0,40 *
ESCOLARIDADE		0,27 **	Não	68,6 (± 34,1)	
Baixa escolaridade (0 a 3 anos)	64,8 (± 36,4)		Sim	74,1 (± 31,4)	
Média Escolaridade (4 a 7 anos)	71,4 (± 33,0)		DIABETES		0,24 *
Alta escolaridade (8 anos ou mais)	77,2 (± 28,8)		Não	74,9 (± 30,3)	
RENDA PER CAPITA		0,68 *	Sim	67,5 (± 35,7)	
< 1 SM	72,3 (± 31,3)		CARDIOVASCULARES		0,01 *
≥ 1 SM	73,3 (± 32,5)		Não	76,3 (± 29,7)	
POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO		0,04 **	Sim	61,1 (± 36,9)	
Empregado	81,2 (± 25,7)		CLEARANCE DE CREATININA		0,02 **
Desempregado	86,5 (± 21,9)		≥ 90 ml/min	84,2 (± 25,6)	
Licença médica/auxílio doença/ aposentado/pensionista	68,1 (± 34,8)		60 – 89 ml/min	79,9 (± 30,0)	
Dona de casa	76,5 (± 24,9)		30 – 59 ml/min	65,4 (± 33,9)	
QUALIFICAÇÃO		0,83 *	≤ 29 ml/min	71,3 (± 29,2)	
Não qualificada	74,3 (± 29,5)		AUTO AVALIAÇÃO DE SAÚDE		0,09 *
Qualificada	71,7 (± 33,9)		Muito ruim/ruim/regular	64,3 (± 30,6)	
FAIXA TEMPO TRS PRÉVIA		0,31 **	Muito boa/boa	74,6 (± 32,0)	
Até um ano	78,0 (± 28,9)		INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK		0,003 *
Mais de um ano	71,1 (± 33,1)		Não caso	76,1 (± 31,1)	
Não realizou	75,5 (± 27,7)		Caso	59,8 (± 32,5)	
FAIXA TEMPO DE TRANSPLANTE		0,008 **	INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO		0,002 *
0 - 6 meses	62,0 (± 33,2)		Não caso	75,5 (± 30,9)	
7 - 36 meses	78,1 (± 29,6)		Caso	51,4 (± 32,9)	
37 meses ou mais	77,3 (± 31,0)		INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO		0,000 *
TIPO DOADOR		0,51 *	Não caso	77,1 (± 30,7)	
Vivo	74,6 (± 30,2)		Caso	53,9 (± 31,0)	
Falecido	71,3 (± 33,6)				
INTERNAÇÃO ÚLTIMOS 6 MESES		0,01 *			
Nenhuma	76,1 (± 30,8)				
Uma ou mais	61,4 (± 33,7)				

* Teste de Mann-Whitney ** Teste de Kruskal Wallis (testes não paramétricos)

A tabela 14 traz as pontuações médias e os desvios padrão do índice de qualidade de vida no domínio aspectos emocionais, avaliado pelo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais, bem como mostra a associação dessas variáveis com este domínio.

Observou-se que a distribuição da pontuação obtida no domínio aspectos emocionais, diferiu de forma estatisticamente significativa em relação à medicação psiquiátrica ($p=0,02$), problemas cardiovasculares ($p=0,02$), auto avaliação de saúde ($p=0,006$), sintomas depressivos ($p\leq 0,001$), sintomas de ansiedade traço ($p\leq 0,001$) e de ansiedade estado ($p\leq 0,001$) (Tabela 14).

Pode-se observar que não estar em uso de medicação psiquiátrica, não apresentar problemas cardiovasculares, avaliar positivamente sua saúde, não apresentar sintomas depressivos, e não apresentar sintomas de ansiedade traço nem estado associaram-se significativamente com melhores escores para aspectos emocionais (Tabela 14).

Ter recebido o rim de doador falecido mostrou uma tendência a ser significativo ($p=0,09$) e a associar-se com escores mais altos no domínio aspectos emocionais (Tabela 14).

Tabela 14 – Pontuações médias e desvios padrão no domínio aspectos emocionais segundo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais.

VARIÁVEIS	ASPECTOS EMOCIONAIS		VARIÁVEIS	ASPECTOS EMOCIONAIS	
	MÉDIA e DP	p		MÉDIA e DP	p
SEXO		0,20 *	MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA		0,02 *
Masculino	75,4 (± 35,5)		Não	75,1 (± 35,7)	
Feminino	66,6 (± 40,9)		Sim	53,0 (± 45,6)	
FAIXA ETÁRIA		0,18 **	PRESENÇA DE COMORBIDADE		0,86 *
18 - 39 anos	75,5 (± 33,5)		Não	73,3 (± 36,8)	
40 - 59 anos	63,3 (± 43,3)		Sim	71,9 (± 38,0)	
60 ou mais	79,3 (± 33,5)		HIPERTENSÃO ARTERIAL		0,61 *
ESCOLARIDADE		0,96 **	Não	69,5 (± 38,2)	
Baixa escolaridade (0 a 3 anos)	73,7 (± 35,1)		Sim	72,8 (± 37,8)	
Média Escolaridade (4 a 7 anos)	70,5 (± 42,6)		DIABETES		0,37 *
Alta escolaridade (8 anos ou mais)	72,5 (± 35,9)		Não	73,3 (± 37,3)	
RENDA PER CAPITA		0,20 *	Sim	68,9 (± 39,2)	
< 1 SM	68,2 (± 38,1)		CARDIOVASCULARES		0,02 *
≥ 1 SM	74,7 (± 37,5)		Não	75,5 (± 36,6)	
POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO		0,57 **	Sim	60,4 (± 39,9)	
Empregado	78,5 (± 35,0)		CLEARANCE DE CREATININA		0,68 **
Desempregado	79,5 (± 32,0)		≥ 90 ml/min	61,4 (± 46,2)	
Licença médica/auxílio doença/ aposentado/pensionista	69,9 (± 39,5)		60 – 89 ml/min	74,7 (± 37,2)	
Dona de casa	68,6 (± 36,3)		30 – 59 ml/min	73,3 (± 35,9)	
QUALIFICAÇÃO		0,43 *	≤ 29 ml/min	70,6 (± 38,9)	
Não qualificada	69,4 (± 38,5)		AUTO AVALIAÇÃO DE SAÚDE		0,006 *
Qualificada	74,4 (± 37,2)		Muito ruim/ruim/regular	55,5 (± 40,3)	
FAIXA TEMPO TRS PRÉVIA		0,54 **	Muito boa/boa	75,4 (± 36,5)	
Até um ano	69,4 (± 38,0)		INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK		0,000 *
Mais de um ano	73,4 (± 37,5)		Não caso	77,2 (± 34,9)	
Não realizou	66,6 (± 44,1)		Caso	51,0 (± 42,3)	
FAIXA TEMPO DE TRANSPLANTE		0,75 **	INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO		0,000 *
0 - 6 meses	77,3 (± 30,4)		Não caso	77,1 (± 34,4)	
7 - 36 meses	72,2 (± 38,5)		Caso	31,5 (± 40,4)	
37 meses ou mais	68,2 (± 42,0)		INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO		0,000 *
TIPO DOADOR		0,09 *	Não caso	80,2 (± 32,6)	
Vivo	66,6 (± 40,5)		Caso	35,5 (± 38,1)	
Falecido	77,4 (± 34,4)				
INTERNAÇÃO ÚLTIMOS 6 MESES		0,10 *			
Nenhuma	74,7 (± 36,3)				
Uma ou mais	62,9 (± 42,0)				

* Teste de Mann-Whitney ** Teste de Kruskal Wallis (testes não paramétricos)

A tabela 15 mostra as pontuações médias e os desvios padrão do índice de qualidade de vida no domínio saúde mental, avaliado pelo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais, bem como mostra a relação dessas variáveis com tal domínio.

Neste domínio observou-se que a distribuição da pontuação obtida variou significativamente em relação à variável sociodemográfica sexo ($p=0,01$), mostrando que o sexo masculino associou-se significativamente com melhor escore para o domínio saúde mental, conforme a tabela 15.

Quanto às variáveis clínicas, faixa de tempo de transplante ($p=0,02$), tipo de doador ($p=0,04$), e número de internação nos últimos seis meses ($p=0,03$) foram as variáveis cuja distribuição da pontuação variou significativamente. Ter até 36 meses de transplante, ter recebido o rim de doador falecido, e não ter tido episódio de internação nos últimos seis meses, associou-se significativamente com escores mais altos para o domínio de QV saúde mental (Tabela 15).

A distribuição da pontuação obtida variou significativamente em relação às variáveis psicossociais: auto avaliação de saúde ($p\leq 0,001$), sintomas depressivos ($p\leq 0,001$), sintomas de ansiedade estado ($p\leq 0,001$) e sintomas de ansiedade traço ($p\leq 0,001$), de modo que fazer uma auto avaliação de saúde positiva, não apresentar sintomas depressivos, nem de ansiedade estado ou traço associaram-se significativamente com escores mais elevados para o domínio estudado (Tabela 15).

Não fazer uso de medicação psiquiátrica mostrou uma tendência a ser significativo ($p=0,09$) e a associar-se com escores mais altos no domínio saúde mental (Tabela 15).

Tabela 15 – Pontuações médias e desvios padrão no domínio saúde mental segundo SF-36, em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais.

VARIÁVEIS	SAÚDE MENTAL		VARIÁVEIS	SAÚDE MENTAL	
	MÉDIA e DP	p		MÉDIA e DP	p
SEXO		0,01 *	MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA		0,09 *
Masculino	78,5 (± 17,1)		Não	76,7 (± 17,5)	
Feminino	70,0 (± 21,4)		Sim	66,2 (± 26,2)	
FAIXA ETÁRIA		0,97 **	PRESENÇA DE COMORBIDADE		0,58 *
18 - 39 anos	75,4 (± 18,7)		Não	77,4 (± 19,1)	
40 - 59 anos	75,6 (± 19,5)		Sim	75,0 (± 19,2)	
60 ou mais	74,8 (± 19,8)		HIPERTENSÃO ARTERIAL		0,94 *
ESCOLARIDADE		0,76 **	Não	74,8 (± 20,7)	
Baixa escolaridade (0 a 3 anos)	77,1 (± 19,5)		Sim	75,5 (± 18,8)	
Média Escolaridade (4 a 7 anos)	75,7 (± 18,0)		DIABETES		0,61 *
Alta escolaridade (8 anos ou mais)	74,4 (± 20,0)		Não	76,1 (± 18,3)	
RENDA PER CAPITA		0,66 *	Sim	73,3 (± 21,4)	
< 1 SM	74,1 (± 20,7)		CARDIOVASCULARES		0,66 *
≥ 1 SM	76,2 (± 18,2)		Não	75,8 (± 18,8)	
POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO		0,55 **	Sim	73,8 (± 20,8)	
Empregado	79,0 (± 17,3)		CLEARANCE DE CREATININA		0,81 **
Desempregado	73,2 (± 19,7)		≥ 90 ml/min	78,9 (± 17,3)	
Licença médica/auxílio doença/ aposentado/pensionista	74,8 (± 19,9)		60 – 89 ml/min	75,6 (± 16,6)	
Dona de casa	73,6 (± 18,0)		30 – 59 ml/min	73,8 (± 21,9)	
QUALIFICAÇÃO		0,50 *	≤ 29 ml/min	77,3 (± 16,3)	
Não qualificada	73,8 (± 20,3)		AUTO AVALIAÇÃO DE SAÚDE		0,000 *
Qualificada	76,6 (± 18,2)		Muito ruim/ruim/regular	59,8 (± 22,5)	
FAIXA TEMPO TRS PRÉVIA		0,13 **	Muito boa/boa	78,4 (± 17,0)	
Até um ano	80,2 (± 16,3)		INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK		0,000 *
Mais de um ano	74,4 (± 19,8)		Não caso	79,6 (± 14,8)	
Não realizou	67,7 (± 19,3)		Caso	57,5 (± 24,5)	
FAIXA TEMPO DE TRANSPLANTE		0,02 **	INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO		0,000 *
0 - 6 meses	79,9 (± 15,7)		Não caso	78,4 (± 16,9)	
7 - 36 meses	79,1 (± 15,1)		Caso	50,0 (± 17,8)	
37 meses ou mais	69,3 (± 22,5)		INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO		0,000 *
TIPO DOADOR		0,04 *	Não caso	80,6 (± 14,0)	
Vivo	72,0 (± 20,6)		Caso	51,6 (± 21,6)	
Falecido	78,5 (± 17,2)				
INTERNAÇÃO ÚLTIMOS 6 MESES		0,03 *			
Nenhuma	77,1 (± 18,1)				
Uma ou mais	69,1 (± 21,7)				

* Teste de Mann-Whitney ** Teste de Kruskal Wallis (testes não paramétricos)

A tabela 16 mostra os dados das correlações existentes entre a percepção do apoio social e os domínios de QV.

De acordo com esta tabela, o apoio social teve uma correlação positiva e de forma significativa com todos os domínios de QV - capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, e saúde mental (Tabela 16).

Tal resultado mostrou que quanto maior é o apoio social percebido pelos participantes, maiores são os índices de QV apresentados por eles em todos os domínios avaliados pelo SF-36 (Tabela 16).

Tabela 16 – Associação entre pontuação na escala MOS (apoio social) e a pontuação nos domínios de qualidade de vida, avaliados pelo SF-36.

Qualidade de Vida	APOIO SOCIAL	
	Coeficientes	p*
Domínios da QV		
Capacidade funcional	0,1527	0,05
Aspectos físicos	0,1886	0,01
Dor	0,1584	0,04
Estado Geral de Saúde	0,2498	0,001
Vitalidade	0,3559	0,000
Aspectos sociais	0,2955	0,000
Aspectos emocionais	0,2580	0,001
Saúde Mental	0,3026	0,000

*Coeficiente de correlação linear de postos de Spearman (testes não paramétricos)

Avaliou-se ainda a associação da pontuação obtida no BDI, tomada como variável contínua, e as pontuações médias obtidas em cada domínio do SF-36, tendo-se verificado associações significativas em relação a todos os domínios, como se vê na tabela 17, sendo que quanto maiores os escores da pontuação no BDI, menores são os índices de QV apresentados em todos os domínios.

Tabela 17 – Associação entre pontuação no BDI (sintomas depressivos) e a pontuação nos domínios de qualidade de vida, avaliados pelo SF-36.

Qualidade de Vida	SINTOMAS DEPRESSIVOS	
	Coeficientes	p*
Domínios da QV		
Capacidade funcional	-0,51	0,0000
Aspectos físicos	-0,33	0,0000
Dor	-0,39	0,0000
Estado Geral de Saúde	-0,45	0,0000
Vitalidade	-0,56	0,0000
Aspectos sociais	-0,37	0,0000
Aspectos emocionais	-0,49	0,0000
Saúde Mental	-0,48	0,0000

*Coeficiente de correlação linear de postos de Spearman (testes não paramétricos)

6.9 Análise multivariada

As associações entre a pontuação média obtida em cada domínio do SF-36 e as variáveis de interesse (características sociodemográficas, clínicas, e psicossociais) estabelecidas pela análise bivariada ($p < 0,10$) foram examinadas por meio da regressão linear múltipla. Calculou-se o coeficiente de regressão de cada variável de interesse e seus respectivos intervalos de confiança (95%), ajustando-se

para sexo e idade. A tabela 18 exhibe os modelos finais da regressão linear múltipla, construído pelas variáveis selecionadas segundo critério descrito, para cada domínio de QV.

Como pode ser observado no domínio capacidade funcional, as variáveis que mantiveram associação independente, podendo ser consideradas como fatores associados à qualidade de vida neste domínio foram, idade ($p \leq 0,001$), tempo de transplante ($p \leq 0,001$), não apresentar problemas cardiovasculares ($p = 0,004$), e pontuação no BDI para sintomas depressivos ($p \leq 0,001$) (Tabela 18).

Para o domínio aspectos físicos, associou-se negativamente ao escore obtido a idade ($p = 0,04$), e positivamente, o tempo transcorrido após o transplante ($p \leq 0,001$). Não ter tido nenhum episódio de internação hospitalar nos últimos seis meses ($p = 0,002$), e a pontuação no BDI - sintomas depressivos associaram-se negativamente ao escore de QV neste domínio ($p \leq 0,001$) (Tabela 18).

No domínio dor, os escores de QV associaram-se positivamente, de forma independente, à escolaridade ($p = 0,004$), e negativamente à pontuação para sintomas depressivos de acordo com o BDI ($p \leq 0,001$) (Tabela 18).

Estado geral de saúde manteve associação positiva independente com sexo (mulheres) ($p = 0,005$), e auto avaliação de saúde (avaliação positiva) ($p \leq 0,001$). A associação negativa foi verificada neste domínio com *clearance* de creatinina ($p = 0,005$), pontuação para sintomas depressivos ($p \leq 0,001$), e ansiedade-estado ($p = 0,01$). (Tabela 18).

Para o domínio vitalidade, os fatores que se correlacionaram negativamente e independentemente com melhor nível de qualidade de vida foram não apresentar problemas cardiovasculares ($p = 0,04$) e a pontuação para sintomas

depressivos ($p \leq 0,001$). Avaliar bem a saúde ($p = 0,005$) associou-se positivamente com os escores de QV neste domínio, conforme se vê na tabela 18.

Idade ($p = 0,03$) e tempo de transplante ($p = 0,015$) foram as características que se associaram de forma negativa e positiva, respectivamente, com o domínio aspectos sociais (Tabela 18).

A pontuação no domínio aspectos emocionais correlacionou-se positivamente e de forma independente com a característica tipo de doador ($p = 0,01$). Associaram-se negativamente aos escores neste domínio: problemas cardiovasculares ($p = 0,01$), e sintomas depressivos avaliados pelo BDI ($p \leq 0,001$), (Tabela 18).

Para o domínio saúde mental, os escores obtidos associaram-se de forma negativa e independente com sintomas depressivos ($p = 0,005$), sintomas de ansiedade-estado ($p = 0,007$) ou ansiedade-traço ($p = 0,007$), e de forma positiva com tipo de doador (ter recebido o rim de doador falecido) ($p = 0,02$), fazer auto avaliação positiva da saúde ($p \leq 0,001$), e ter boa percepção do apoio social recebido ($p = 0,04$) (Tabela 18).

Tabela 18 – Regressão múltipla de cada domínio do SF-36 em relação às características sociodemográficas, clínicas, e psicossociais.

CAPACIDADE FUNCIONAL	Coefficiente	P > t 	IC 95%
Sexo	-3,97	0,22	-10,39 - 2,44
Idade	-8,39	≤0,001	-12,69 - -4,08
Tempo de transplante	9,98	≤0,001	6,25 - 13,71
Problemas cardiovasculares	-12,21	0,004	-20,45 - -3,96
Depressão	-1,57	≤0,001	-1,99 - -1,16
Constante	85,30	≤0,001	70,89 - 99,72
ASPECTOS FÍSICOS	Coefficiente	P > t 	IC 95%
Sexo	5,71	0,34	-6,15 - 17,56
Idade	-7,62	0,04	-14,85 - -0,39
Tempo de transplante	19,01	≤0,001	12,20 - 25,83
Internações últimos seis meses	-22,60	0,002	-36,42 - -8,78
Depressão	-1,50	≤0,001	-2,26 - -0,74
Constante	36,86	0,007	10,39 - 63,34
DOR	Coefficiente	P > t 	IC 95%
Sexo	0,17	0,97	-8,06 - 8,40
Idade	0,27	0,93	-5,54 - 6,09
Escolaridade	8,64	0,004	2,78 - 14,49
Depressão	-1,15	≤0,001	-1,68 - -0,63
Constante	64,69	≤0,001	43,59 - 85,79
ESTADO GERAL DE SAÚDE	Coefficiente	P > t 	IC 95%
Sexo	8,31	0,005	2,50 - 14,11
Idade	0,82	0,65	-2,79 - 4,44
Clearance de creatinina	-4,95	0,005	-8,42 - -1,48
Auto avaliação de saúde	13,53	≤0,001	5,50 - 21,56
Depressão	-1,02	≤0,001	-1,43 - -0,60
Ansiedade estado	-12,65	0,01	-22,35 - -2,94
Constante	63,80	≤0,001	49,01 - 78,60
VITALIDADE	Coefficiente	P > t 	IC 95%
Sexo	0,57	0,82	-4,48 - 5,63
Idade	-0,42	0,80	-3,83 - 2,99
Problemas cardiovasculares	-6,89	0,04	-13,30 - -0,46
Auto avaliação de saúde	9,93	0,005	3,00 - 16,86
Depressão	-1,26	≤0,001	-1,60 - -0,92
Constante	73,91	≤0,001	61,65 - 86,18
ASPECTOS SOCIAIS	Coefficiente	P > t 	IC 95%
Sexo	0,74	0,88	-9,22 - 10,70
Idade	-6,64	0,03	-12,72 - -0,56
Tempo de transplante	7,12	0,015	1,38 - 12,87
Constante	69,59	≤0,001	47,00 - 92,18
ASPECTOS EMOCIONAIS	Coefficiente	P > t 	IC 95%
Sexo	-2,24	0,67	-12,58 - 8,09
Idade	6,29	0,08	-0,74 - 13,33
Doador	12,91	0,01	2,67 - 23,16
Problemas cardiovasculares	-16,61	0,01	-29,89 - -3,34
Depressão	-2,40	≤0,001	-3,06 - -1,75
Constante	84,69	≤0,001	64,20 - 105,18
SAÚDE MENTAL	Coefficiente	P > t 	IC 95%
Sexo	-3,18	0,16	-7,65 - 1,30
Idade	0,23	0,87	-2,58 - 3,03
Doador	5,32	0,02	0,98 - 9,65
Depressão	-0,59	0,005	-1,00 - -0,18
Auto avaliação de saúde	10,29	≤0,001	4,21 - 16,38
Ansiedade estado	-11,69	0,007	-20,17 - -3,20
Ansiedade traço	-10,83	0,007	-18,70 - -2,97
Apoio social	0,21	0,04	0,01 - 0,41
Constante	59,21	≤0,001	37,63 - 80,79

Discussão

7 DISCUSSÃO

Este estudo, que teve como objetivo avaliar índices de QV de pacientes submetidos a transplante renal e estudar sua associação com características sociodemográficas, clínicas e psicossociais, é um dos poucos estudos realizados no Brasil que avalia a QV de pacientes transplantados renais. Sua relevância está no fato de ter investigado conjuntamente características sociodemográficas, clínicas e psicossociais que se associaram à QV do paciente transplantado, buscando identificar fatores de risco e proteção para esta qualidade de vida. Tendo estudado pacientes brasileiros, seus resultados podem nortear o desenvolvimento de intervenções específicas para o atendimento integral ao paciente transplantado renal, procurando-se melhorar sua qualidade de vida.

7.1 Características da amostra

Na amostra estudada, composta de 165 pacientes transplantados renais, observou-se que predominaram pacientes do sexo masculino (62,0%). No estudo de Pereira et al. (2003), os autores encontraram 51,4% de pacientes do sexo masculino ao estudar a QV de 72 pacientes transplantados renais na cidade de São Paulo. Estudos internacionais (Jofré et al., 1998; Rebollo et al., 1998; Griva et al., 2002; Tomasz e Piotr, 2003; Rosenberger et al., 2005a; Rosenberger et al., 2005b; Ogutmen et al., 2006; Shah et al., 2006; Kusleikaite et al., 2007; Tavallaii et al., 2009) também encontraram predominância de pacientes do sexo masculino, com porcentagem de homens variando de 51,8% em estudo polonês (Tomasz e Piotr, 2003) a 75,0% em estudo realizado na Espanha (Rebollo et al., 1998). Chama

atenção este dado, que coincide com o resultado de uma análise de todos os transplantes realizados no Brasil. Machado et al. (2011), nesse estudo, constataram que dos 1701 transplantes realizados no ano 2000, houve um predomínio de pacientes do sexo masculino (67,6%). Esses autores apresentam esse dado como uma das iniquidades existentes no país no acesso a transplantes e apresentam como possíveis explicações para esta diferença as desigualdades socioeconômicas e de saúde entre os sexos. Contrasta com esta diferença entre sexos nos transplantes realizados, o fato de serem as mulheres a maioria entre os doadores vivos. Sugere-se que novas investigações explorem essa desigualdade.

Na amostra aqui estudada procurou-se incluir proporção semelhante de pacientes em três diferentes faixas etárias, com o objetivo de controlar a variável idade, uma vez que o tempo de transplante deveria ser explorado como variável de interesse, e a idade poderia atuar como possível confundidor. Assim, participaram do estudo o mesmo número de pessoas nas faixas etárias de 18-39 anos, e 40-59 anos, equivalente a 36,4% em cada faixa etária, e na faixa de 60 anos ou mais todos os pacientes atendidos no ambulatório que estavam dentro desta faixa participaram, num total de 27,2% da amostra. Outros autores (Rosenberger et al., 2006) descreveram proporções menores nas faixas etárias dos mais jovens (20,9%) e dos mais velhos (18,7%), o que faz supor que a maior concentração de pacientes transplantados esteja na faixa etária intermediária (40 a 59 anos), na qual eles descreveram 60,4% de pacientes.

A idade média da amostra estudada foi de 46,1 anos ($DP \pm 14,31$), mais velha que a média de idade de outros estudos brasileiros como de Pereira et al. (2003), que teve média de 40,8 anos ($DP \pm 12,1$) em estudo paulista, e de Lazzaretti et al. (2004), que teve média de 36,0 ($DP \pm 10,31$) em estudo paranaense. Em

estudos internacionais a idade média variou de 36,0 (DP±10,31) na pesquisa Tavallai et al. (2009) a 49,0 (DP± 11,7) no estudo de Shah et al. (2006). Esses dados permitem supor que o transplante renal ocorre em idades relativamente precoces. Machado et al. (2011) também apontaram a idade como uma das iniquidades no acesso a transplante no Brasil, já que observaram maior probabilidade de acesso a este tratamento por pacientes mais jovens, provavelmente, segundo os autores daquele estudo, porque estes indivíduos estão menos comprometidos clinicamente que os mais velhos, apresentam menos comorbidade, e tem mais facilidade para encontrar um doador vivo.

A média de anos de estudo para a amostra pesquisada foi de 7,2 anos (DP ± 4,22), tendo 48,5% dos participantes frequentado a escola por oito anos ou mais. Pode-se considerar que os participantes desta pesquisa tem escolaridade semelhante à escolaridade da população adulta brasileira, que em 2009 apresentou a mesma média de anos de estudo que a amostra aqui estudada: 7,2 anos (IBGE, 2010). No entanto, chama-se atenção que quase 50% dos sujeitos desta pesquisa apresentaram mais de oito anos de estudo.

Em estudos internacionais observou-se que predominam pacientes transplantados com escolaridade considerada média e alta (Rosenberger et al., 2005b; Rosenberger et al., 2006; Ogutmen et al., 2006; Liu et al. 2009), sendo que em todos esses estudos a escolaridade considerada como média ou alta ficava entre 58% a 77% da amostra. Tais estudos, entretanto, aconteceram em países como Eslováquia, Turquia, e Estados Unidos, países que, com exceção da Turquia, apresentam Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)¹ mais elevado que o Brasil.

¹ IDH: indicador universal que considera três elementos para classificar o desenvolvimento de regiões geográficas, cidades e países: renda, educação e expectativa de vida média, sendo que o valor atribuído pode variar de 0 a 1.

Entretanto, não se pode comparar os dados aqui obtidos com os de outros estudos brasileiros com pacientes transplantados, pois as pesquisas brasileiras encontradas não fazem referência à escolaridade. Porém, quando se compara a escolaridade dos pacientes deste estudo com a escolaridade de pacientes brasileiros em tratamento dialítico observam-se resultados controversos, pois, enquanto Kusumoto et al., (2008) e Figueiredo et al. (2007) mostraram que a escolaridade média dos pacientes em TRS é próxima à dos pacientes transplantados, Santos e Pontes (2007) mostram que a escolaridade dos paciente em TRS foi menor ou igual a quatro anos para 66,7% dos participantes, e Martins e Cesarino (2005) mostraram que o tempo médio de frequência à escola para pacientes em hemodiálise foi de 5 anos. Dados de pacientes em TRS, no estudo de Queiroz (2010), realizado na mesma instituição desta pesquisa, mostram que 38,5% dos pacientes em diálise peritoneal e 65,2% dos pacientes em hemodiálise apresentavam analfabetismo ou baixa escolaridade. Considera-se a possibilidade de que indivíduos em TRS, com maior nível de escolaridade, tenham também melhores condições de vida e, conseqüentemente, melhor condições de acesso ao transplante renal pelos cuidados exigidos. Esta possibilidade é apoiada pelo estudo de Machado et al. (2011) que identificou que os pacientes transplantados de todo o Brasil, em 2000, eram provenientes de regiões com maiores IDH.

Outro indicativo da condição de vida desses pacientes foi obtido pelo estudo de sua renda *per capita* que constatou 60,0% dos participantes com renda *per capita* igual ou superior a um salário mínimo. Rebollo et al. (1998), mostraram que 54,2% dos pacientes transplantados tinham nível socioeconômico considerado alto ou intermediário, em estudo realizado na Espanha, país mais desenvolvido que o Brasil. Na literatura brasileira da área não foram encontradas referências de renda

de pacientes transplantados renais. Porém, estudos brasileiros de pacientes em hemodiálise referem renda familiar inferior ou igual a um salário mínimo para 77,4% da população estudada (Santos e Pontes, 2007), e inferior a um salário mínimo em 77,6% dos participantes (Santos, 2006). No mesmo hospital onde se realizou a presente pesquisa, Queiroz (2010) encontrou que 17,3% dos pacientes em diálise peritoneal e 64,8% dos pacientes em hemodiálise recebiam até dois salários mínimos como renda *per capita*. Pode-se supor que condições de vida dos pacientes transplantados, avaliadas por sua escolaridade e renda são superiores a dos pacientes em TRS. Além disso, este dado também se apóia no estudo de Machado et al. (2011), que verificou que pacientes brasileiros transplantados eram provenientes de regiões com maiores IDH.

Analisando-se a posição na ocupação dos participantes da presente pesquisa, verificou-se que 20,9% dos participantes estavam empregados, 8,8% desempregados, e 70,3% estavam aposentados, eram pensionistas, estavam afastados do trabalho por licença médica, ou recebiam algum tipo de auxílio financeiro governamental, isto é, não exerciam no momento da pesquisa nenhuma atividade ocupacional.

Ogutmen et al. (2006), estudando pacientes turcos que haviam sido submetidos a transplante, mostraram que 11,4% eram aposentados; 3,4% estavam desempregados, 25,4% empregados, sendo que 90% recebiam algum tipo de seguro social do governo. Tais dados indicam que um maior número de pessoas mantinha-se em atividade remunerada, comparativamente ao que se obteve no presente estudo. Sendo a Turquia um país com um IDH próximo ao brasileiro, segundo levantamento de 2011, é possível que os pacientes deste país tivessem sido transplantados antes de terem sua vida laboral comprometida pela doença de

base, porém apenas estudos longitudinais poderiam responder a esta hipótese, além do fato de que seria necessário que se estudassem as ocupações prévias de cada amostra.

O presente estudo caracterizou as ocupações dos participantes como qualificadas e não qualificadas, de acordo com a exigência ou não de treinamento específico para que a atividade ocupacional fosse realizada. Dessa forma, entre as mulheres observaram-se significativamente menos ocupações qualificadas (30,7%) que entre os homens (69,9%). Porém, considera-se que essa diferença deva-se ao critério utilizado nesta pesquisa, que considerou as pessoas que realizavam trabalho doméstico sem remuneração como exercendo ocupação não qualificada, categoria composta apenas de mulheres neste estudo. Dessa forma, homens e mulheres diferiram em relação à distribuição da qualificação da ocupação.

Indicadores socioeconômicos observados nesta pesquisa ratificam a hipótese de Machado et al. (2011), da existência de iniquidades no acesso ao transplante renal, que deveria ser mais explorada em estudos futuros, considerando-se que:

“Saúde, doença e morte apresentam uma dimensão individual e coletiva e estão associadas a fatores socioeconômicos, culturais, ambientais e subjetivos. Além disso, indivíduos e grupos populacionais estão desigualmente expostos a fatores de risco e proteção, gerando iniquidades na saúde das populações” (Machado et al., 2011, p.295).

Estudando-se as características clínicas dos participantes desta pesquisa, observou-se que o transplante havia ocorrido em média há 48,6 meses, isto é, em média há 4 anos. Outros estudos de QV de pacientes transplantados apontam que o tempo médio de transplante variou de 17,6 meses em estudo espanhol (Jofré et al., 1998), a 87,0 meses em estudo brasileiro (Lazzaretti et al., 2004). Shah et al. (2006) encontraram uma média de tempo de transplante de 46,8 meses em estudo

americano. Além da média do tempo de transplante medida em meses, neste estudo esta variável foi também estudada sendo dividida em três categorias: de zero a seis meses, 30,03% dos participantes, entre sete e 36 meses, 29,1%, e acima de 36 meses, 40,6% dos sujeitos estudados. Tal divisão baseou-se no estudo italiano de Ponton et al. (2001), que utilizou esta divisão, por diferentes períodos de tempo após o transplante, incluindo também uma faixa de pacientes aguardando transplante, e demonstraram diferenças significativas nos escores totais de QV entre os grupos. Observou-se que os pacientes que compuseram a amostra estavam predominantemente na faixa de 36 meses ou mais de transplante, que segundo a literatura (Ponton et al., 2001) é uma faixa de tempo em que os índices de qualidade de vida voltam a subir após um período de queda (entre sete e 36 meses). Ravagnani et al. (2007) apontaram que os pacientes transplantados continuam a vivenciar momentos de estresse em relação à saúde mesmo após o transplante, já que continuam sujeitos à complicações como rejeições do enxerto, preocupam-se com questões acerca da imagem corporal, que pode ficar alterada pelos efeitos da medicação imunossupressora, e apresentam ansiedade em relação às suas perspectivas futuras.

A frequência de uso de serviços de saúde pode ser um importante indicativo de QV. Entre esse uso destacam-se as internações hospitalares. Estudos internacionais (Rebollo et al., 1998; Rosenberger et al., 2005a; Liu et al., 2009) mostram taxas de hospitalizações pós transplante nos pacientes transplantados renais, sendo que Rebollo et al. (1998) verificaram que 58,3% dos pacientes não tinham sido internados no último ano. Rosenberger et al. (2005a) referiram que nos pacientes que tinham entre três e 84 meses de transplante, com média de 28 meses, 40,9% não tinham sido internados após a realização do transplante. Liu et al. (2009)

verificaram 59,4% de não ocorrência de internação dos pacientes desde o transplante, que havia acontecido de três a 43 meses (média de 18,8 meses). No presente estudo verificou-se que 78,0% dos pacientes não necessitaram de internação no período de seis meses anteriores à pesquisa, o que pode ser visto como indicativo de não terem ocorrido intercorrências que exigiram internação, sugerindo resposta positiva ao tratamento. Entretanto, é difícil a comparação desses resultados tendo em vista a variação nos tempos de avaliação das internações após o transplante.

Observou-se que 87,9% dos pacientes desta investigação apresentavam pelo menos uma comorbidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, e problemas cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico ou angina). Constatou-se que 78,8% dos pacientes avaliados tinham hipertensão arterial, 27,3% tinham diabetes mellitus, e 22,4% apresentavam doenças cardiovasculares. O estudo de Rebollo et al. (1998) avaliou comorbidade em pacientes com mais de 65 anos submetidos ao transplante renal, verificando que 79,0% apresentavam pelo menos uma doença associada, número menor que o encontrado neste estudo. Observa-se que os pacientes da presente amostra apresentavam mais comorbidade que os do estudo espanhol, apesar de aqueles terem avaliado somente pacientes idosos, que tem maior probabilidade de terem comorbidade. Este fato pode ser entendido possivelmente por uma questão discutida por Machado et al. (2001), de que no Brasil existe uma grande demanda por transplante renal, que faz aumentar o tempo de espera para que este seja realizado, causando consequentemente, aumento na carga de comorbidade nos pacientes que esperam pelo transplante renal.

Entre os pacientes aqui estudados, 76,3% haviam sido submetidos à TRS por mais de um ano antes do transplante, (34,7 meses em média), e apenas 5,5% da amostra não havia realizado TRS previamente ao transplante renal. Griva et al. (2002), em estudo de pacientes ingleses transplantados renais, relataram que 81,1% dos pacientes que receberam rim de doadores vivos e 96,3% dos que receberam rim de doadores falecidos realizaram TRS prévia ao transplante, sendo a média de tempo de diálise de 17,1 meses para receptores de doadores vivos, e 37,9 meses para receptores de doadores falecidos. Observou-se que a maioria dos pacientes submeteu-se à TRS prévia ao transplante, e tanto no estudo aqui relatado quanto no estudo inglês, a TRS prévia teve em média, mais de um ano de duração. Uma possível explicação para o fato no estudo aqui apresentado pode estar no fato de haver uma grande demanda pelo transplante renal no Brasil, fato que tem aumentado o tempo de espera dos pacientes para realizarem tal procedimento (Machado et al., 2011).

O *clearance* de creatinina foi em média de 60,4 ml/min, estando 10,3% dos pacientes com o *clearance* de creatinina inferior a 30 ml/min, que os classificou nos estágios 4 e 5 da insuficiência renal crônica. A creatinina sérica é uma das variáveis envolvidas no cálculo da *clearance* de creatinina. Autores como Fugisawa et al. (2000), Rosenberger et al. (2005a), e Rosenberger et al. (2006) tem utilizado apenas as medidas da creatinina ao analisarem a associação com os escores de QV. No entanto, não foram encontrados estudos na literatura que utilizassem a medida do *clearance* de creatinina associada aos escores de QV para que comparações pudessem ser feitas. Apesar disso, optou-se por utilizar a medida do *clearance* de creatinina como variável explanatória na presente pesquisa, considerando que para que o valor de creatinina sérica possa ser considerado

adequado para um determinado paciente, é necessário que se leve em conta seu sexo, seu peso e sua idade (Cockcroft e Gault, 1976). Assim sendo, considerou-se o *clearance* uma medida que reflete mais a função renal, no entanto esta escolha dificultou a comparação desse índice com os demais estudos.

Ao fazerem a auto avaliação de sua saúde, 83,6% dos pacientes do estudo avaliaram-na como boa ou muito boa, o que se assemelha ao estudo paranaense de Lazzaretti et al. (2004), em que os autores verificaram que 90% dos pacientes transplantados renais estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com sua condição geral de saúde. As auto avaliações de saúde atualmente, mais do que impressões relacionadas a condições reais de saúde, são também preditoras de risco de mortalidade, já que indivíduos que relatam piores condições de saúde tem riscos mais altos de mortalidade do que aqueles que referem melhores estados (Lebrão e Laurenti, 2003).

Em estudo com pacientes em TRS (diálise peritoneal, hemodiálise, ou em pré diálise) realizada na mesma instituição onde tal pesquisa foi realizada, Queiroz (2010), indicou que 42,95% da amostra estudada apresentavam algum sofrimento psíquico. A auto avaliação de saúde desses pacientes não foi avaliada em tal estudo, entretanto, pode-se supor que com essa elevada porcentagem de pacientes apresentando sofrimento psíquico, a auto avaliação de saúde poderia estar comprometida.

Dos pacientes avaliados no presente estudo, a pontuação média do apoio social percebido foi de 84,1(DP±12,89) numa possibilidade de variação de 19 a 95, sendo a maior pontuação indicativa de melhor apoio social. Este dado é indicativo de que os pacientes aqui estudados, em sua grande maioria, percebiam-se com apoio social. Rosenberger et al. (2005b) observaram que 87,0% dos pacientes

transplantados renais em estudo realizado na Eslováquia também avaliaram como excelente ou bom o apoio social que recebiam. O apoio social é um aspecto fundamental para o controle da condição física e adesão às condutas terapêuticas propostas. Presença de apoio social tem sido associado à boa adesão ao tratamento em diversas patologias (Andrade et al., 2005; Almeida et al., 2007), e à qualidade de vida de pacientes transplantados renais (Rosenberger et al., 2006; Shah et al., 2006).

7.2 Depressão e ansiedade

No presente estudo verificou-se que apenas 13,3% da amostra fazia uso de medicação psiquiátrica. Entretanto, chama atenção que 19,4% da amostra apresentavam sintomas depressivos (43,7% sintomas mais leves de depressão, classificados como disforia, e 56,3% sintomas mais graves), o que alerta para que provavelmente esses sintomas não tenham sido identificados e tratados.

A prevalência de ansiedade-traço foi de 18,2%, e a de ansiedade-estado foi de 10,9%. O traço de ansiedade refere-se, segundo Spielberger et al. (2003) às diferenças individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade, isto é, as diferenças na tendência a reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade no estado de ansiedade. Já o estado de ansiedade pode ser entendido como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos, e também por aumentos na atividade do sistema nervoso autônomo (Spielberger et al. 2003).

Chama atenção este resultado, pois se poderia supor que a expectativa de ser avaliado em relação ao funcionamento de seu rim no momento da consulta, poderia elevar a ansiedade. A situação de avaliação e de receber resultados de exames poderia supostamente ser uma situação estressora, porém, verificou-se maior prevalência de ansiedade-traço nos pacientes avaliados. Este dado pode sugerir que os pacientes aqui examinados sentiam-se seguros de sua condição clínica e apresentavam mais frequentemente ansiedade-traço por uma questão também discutida por Ravagnani et al. (2007), de que mesmo após o transplante o paciente está sujeito a diversas fontes de estresse, como por exemplo, a preocupação com sua saúde física, mudanças em sua imagem corporal, e preocupação sobre perspectivas futuras, de forma mais constante, e não somente no dia da consulta.

Homens e mulheres diferenciaram-se de forma estatisticamente significativa em relação à ansiedade, tanto em relação à ansiedade-estado quanto em relação à ansiedade-traço, apresentando as mulheres mais sintomas de ansiedade que homens. Já com relação à presença de sintomas depressivos, homens e mulheres não apresentaram diferença estatisticamente significativa, apesar de mulheres terem apresentado mais sintomas depressivos que os homens.

Shah et al. (2006) e Kusleikaite et al. (2007) descreveram prevalência semelhante de sintomas depressivos em suas amostras de pacientes transplantados renais, respectivamente nos Estados Unidos e na Lituânia, ambos verificando que 20,0% dos participantes apresentavam sintomas depressivos, porém em nenhum desses estudos foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto à presença de sintomas depressivos. Já Szeifert et al. (2010) encontraram a prevalência de sintomas depressivos em 22% dos pacientes

transplantados renais estudados na Hungria, resultados semelhantes aos desta pesquisa, e também não identificando diferenças entre homens e mulheres.

Pesquisas com pacientes em TRS indicam prevalências mais altas de sintomas depressivos e de ansiedade (Kimmel et al., 1998; Moura Júnior et al., 2006), o que fortalece a hipótese de melhora na condição da saúde mental nos indivíduos após o transplante renal.

Kimmel et al. (1998) mostraram que nos pacientes com 65 anos ou mais, as taxas de hospitalização tendo a depressão como causa primária de internação foi maior quando comparada à internação por depressão em outras doenças crônicas, e mostraram ainda que as doenças psiquiátricas foram as principais razões para a internação de um quarto dos pacientes em diálise, que tiveram alguma internação em decorrência de transtorno mental. Tal estudo indica ainda que a depressão e outros transtornos afetivos, juntamente com síndrome cerebral orgânica e demência, foram os diagnósticos mais comuns naqueles pacientes, correspondendo a 26% dos casos de internação.

Estudo brasileiro de Moura Júnior et al. (2006) sobre o diagnóstico psiquiátrico de pacientes em TRS, mostrou que 29,1% dos pacientes em hemodiálise apresentavam transtornos de humor como episódio depressivo maior (8,6%), episódio depressivo com características melancólicas (3,3%), ou distímia (17,2%). Relatou ainda que 2,0% dos participantes apresentavam diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada. Apesar de tal estudo ter utilizado diagnósticos psiquiátricos, diferentemente da presente pesquisa que avaliou sintomas de ansiedade e sintomas depressivos, e não diagnósticos psiquiátricos, pode-se supor que pacientes transplantados apresentam melhores condições quanto à presença de depressão ou sintomas depressivos que pacientes em TRS.

Comparando-se a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade desta amostra à prevalência desses sintomas na população geral, observa-se que esta foi semelhante à da população geral, dado já descrito por Pascazio et al. (2010).

Estudo epidemiológico realizado por Andrade et al. (2002) na cidade de São Paulo, sobre transtornos mentais, verificou que 24,0% da população já havia apresentado algum transtorno de ansiedade ou depressão. Aqueles autores observaram que 18,1% das pessoas já haviam apresentado, ao longo da vida, depressão ou distímia. Na presente pesquisa a prevalência foi de 19,4% de sintomas depressivos e de 12,5% para sintomas de ansiedade (18,2% ansiedade-traço, e 10,9% ansiedade estado), indicando semelhança entre estes pacientes e a população geral. Em 1997, Almeida Filho et al. realizaram o primeiro grande estudo epidemiológico sobre transtornos mentais em três áreas metropolitanas no Brasil, Brasília, São Paulo e Porto Alegre, e observaram que ao longo da vida, a prevalência de transtornos de ansiedade foi de 17,6%, 10,6%, e 9,6%, e a prevalência de depressão foi de 2,8%, 1,9%, e 10,2% respectivamente para as regiões estudadas.

Dessa forma, pode-se concluir que a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos na presente amostra foi inferior à encontrada em pessoas em TRS, e equivalente à da população geral.

7.3 Qualidade de Vida

Identificou-se que a média dos escores nos domínios da QV foi superior à mediana da pontuação possível pelo instrumento aqui utilizado, haja vista que os indivíduos estudados não apresentaram em nenhum domínio escores abaixo de 50,0. As pontuações médias variaram de 50,0 no domínio aspectos físicos até 75,3 obtida no domínio saúde mental.

Wigth et al. (1998), Rebollo et al. (1998), e Ogutmen et al. (2006), em estudos internacionais, e Pereira et al. (2003), em estudo brasileiro verificaram escores semelhantes nos domínios de QV avaliados pelo SF-36. Apenas Ravagnani et al. (2007), em pesquisa com pacientes brasileiros, encontrou escore médio inferior a 50,0 em algum domínio.

Wigth et al. (1998), no Reino Unido, estudando pacientes transplantados renais, obtiveram no domínio vitalidade o escore médio mais baixo (53,2) e o mais alto no domínio aspectos sociais (75,2). Rebollo et al. (1998) encontraram resultados ainda mais altos, sendo que a pontuação média obtida nos domínios avaliados pelo SF-36 variou de 66,7 no domínio vitalidade a 93,2 no domínio aspectos sociais, em Asturias na Espanha. Da mesma forma, Ogutmen et al. (2006) na Turquia, encontraram os menores escores - 51,5 no domínio estado geral de saúde, e os maiores - 77,9 no domínio aspectos emocionais.

Já entre os estudos brasileiros, Pereira et al. (2003) verificaram escores médios de 56,3 e 76,0 respectivamente nos domínios saúde mental e aspectos físicos em pacientes que haviam realizado transplante a partir de um mês, e Ravagnani et al. (2007) encontraram a pontuação média de 44,1 no domínio aspectos físicos, e de 82,3 no domínio aspectos sociais em pacientes transplantados

renais entre três e 29 meses. Este último estudo foi o único dentre os pesquisados que encontrou escores médios inferiores a 50,0 para pacientes transplantados. Assim, pode-se supor que tanto estudos realizados em países desenvolvidos como Reino Unido e Espanha, como em países em desenvolvimento como Turquia e Brasil, os escores de QV para o paciente após o transplante renal são elevados.

Os resultados de Pereira et al. (2003) com relação aos escores no domínio saúde mental são discrepantes dos aqui encontrados, por apresentarem escore médio neste domínio bem mais baixo, comparando-se aos do presente estudo. Tal situação pode ser entendida pelo fato de que na amostra estudada por Pereira et al. (2003) foram incluídos pacientes transplantados há apenas um mês. Supõe-se que com tão pouco tempo de transplante o paciente ainda não foi capaz de perceber suas reais condições após a cirurgia, e pode estar ainda sofrendo com os efeitos das medicações imunossupressoras, reduzindo a percepção dos primeiros efeitos positivos do transplante, como afirmam Harciarek et al. (2011). Já no presente estudo, os pacientes foram avaliados após no mínimo seis meses de transplante, momento em que a condição clínica se estabiliza, e a avaliação de aspectos referentes à saúde mental pode ser feita de forma mais adequada.

Wight et al. (1998), Rebollo et al. (1998), e Ravagnani et al. (2007) mostraram que o domínio aspectos sociais foi o que apresentou resultados médios mais altos em relação aos demais domínios da QV. Na presente pesquisa, o domínio aspectos sociais teve a segunda maior pontuação, com uma média de 72,9, fato que pode ser compreendido considerando-se que ao realizar o transplante renal com sucesso, o paciente passa a não mais depender de máquinas dialisadoras para substituir a função renal, permitindo-lhe participar mais e de melhor forma de atividades sociais.

Comparando-se os resultados dos escores médios em todos os domínios estudados nos pacientes transplantados renais com os de paciente em TRS, verifica-se que estes são bem mais elevados. Wigth et al. (1998) também estudaram a QV do grupo de pacientes em TRS, e verificam que a pontuação média foi de 20,4 e 23,6 no domínio aspectos físicos, e 65,9 e 60,0 no domínio saúde mental, respectivamente para paciente em diálise peritoneal e em hemodiálise. Estes escores são inferiores aos encontrados nos pacientes transplantados, principalmente para o domínio aspectos físicos.

Rebollo et al. (1998) encontraram escores variando de 36,3 no domínio estado geral de saúde a 80,0 no domínio aspectos sociais em pacientes que faziam hemodiálise. O resultado médio no domínio aspectos sociais dos pacientes em hemodiálise aproximou-se dos resultados nesse mesmo domínio para a amostra de pacientes transplantados renais, porém a população do estudo de Rebollo et al. (1998) era composta de pacientes idosos. A idade pode ter sido um fator que contribuiu para a avaliação positiva dos aspectos sociais dos pacientes em hemodiálise, já que as limitações nas atividades sociais poderiam ser atribuídas não apenas à situação do tratamento, mas a outros fatores associados à idade, como a diminuição da capacidade física, que nesse pacientes teve um escore de 47,8, e que pode ter ficado prejudicada antes mesmo do início do tratamento de TRS.

Pereira et al. (2003), Ogutmen et al. (2006), Ravagnani et al. (2007) e Queiroz (2010), que realizaram seus estudos em países em desenvolvimento, sendo estes Turquia e Brasil, verificaram que pacientes em hemodiálise obtiveram os escores mais baixos nos domínios aspectos físicos e estado geral de saúde. Tais domínios correspondem respectivamente às limitações de realização de atividades diárias, como trabalho doméstico, profissional ou acadêmico; e à avaliação da

própria saúde. Na amostra de pacientes transplantados renais aqui estudada, foi também verificado que o domínio aspectos físicos foi o mais comprometido, com escore de 50,0, entretanto, maior que os encontrados nos estudos dos autores citados de pacientes em TRS. Queiroz (2010) encontrou uma média de 38,5 para o domínio aspectos físicos em pacientes em TRS no mesmo hospital onde esta pesquisa foi realizada. Pode-se supor que o tratamento por meio de diálise peritoneal ou hemodiálise pode comprometer o desempenho pessoal nas atividades diárias – nos ambientes doméstico, profissional, acadêmico – atividades que correspondem ao domínio aspectos físicos da QV. Isto ocorreria possivelmente por ambas as terapias necessitarem de um acesso para que o procedimento possa ser realizado, acesso esse que pode limitar a realização dessas atividades. Além disso, o domínio aspectos físicos pode ficar mais comprometido nas TRS já que o paciente a elas submetido necessita de visitas frequentes ao hospital, no caso da hemodiálise. Em relação à diálise peritoneal, a limitação pode advir também pelos longos períodos em que os pacientes ficam conectados à máquina dialisadora.

A regressão múltipla efetuada nesta pesquisa procurou identificar as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais que mantiveram associação independente com a pontuação obtida em cada domínio do SF-36, podendo atuar como fatores de risco ou de proteção para melhor qualidade de vida.

Constatou-se que o tempo de transplante, assim como sugerido pelas hipóteses iniciais desse estudo, associou-se independentemente aos escores obtidos em vários dos domínios de QV: capacidade funcional, aspectos físicos, e aspectos sociais. Verificou-se que pessoas com 37 meses ou mais tempo de transplante avaliaram melhor sua qualidade de vida nos aspectos que avaliam

capacidade funcional, e aquelas que tinham entre 7 a 36 meses apresentavam melhores escores nos domínios aspectos físicos e aspectos sociais.

Capacidade funcional, entendida como a capacidade para desempenhar independentemente atividades básicas e instrumentais de vida diária, obteve escores mais elevados após 36 meses do transplante ter sido realizado, assim como verificado no estudo italiano de Ponton et al. (2001). Esses autores identificaram que os escores de QV aumentam após o terceiro ano de transplante e sugerem que possivelmente isto ocorre porque é nesta época que exista menor sobrecarga por problemas somáticos, e maior adaptação à condição de transplantado. Entretanto, os escores para os domínios aspectos físicos e aspectos sociais foram mais elevados no período de sete a 36 meses após transplante, período em que os autores consideram que poderia haver uma queda nos escores dos domínios de QV. Tal fato pode ser compreendido na presente pesquisa, tendo em vista que no período de sete a 36 meses, o quadro clínico está mais estável que nos primeiros seis meses após o transplante, e o paciente pode não ter ainda manifestado os efeitos colaterais mais incapacitantes pelo uso crônico dos medicamentos imunossupressores, principalmente os corticóides. Tais efeitos acometem praticamente todos os órgãos e sistemas, provocando alterações músculo-esqueléticas, sendo responsáveis por problemas como osteoporose, necrose da cabeça do fêmur, e miopatia, para citar alguns dos efeitos descritos na literatura (Balbi et al., 2001). Esses comprometimentos podem limitar as atividades diárias do indivíduo e podem até mesmo comprometer seu contato social pelas restrições físicas impostas.

Idade também se associou independentemente aos escores obtidos nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, e aspectos sociais da QV,

confirmando também a hipótese apresentada, de que idade teria relação com os domínios da QV.

Verificou-se que os pacientes mais jovens, que tinham entre 18 e 39 anos, apresentaram melhores escores em capacidade funcional, aspectos físicos, e aspectos sociais, dados que se assemelham aos de outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento de QV (Chiu et al., 2004; Balaska et al., 2006; Rosenberger et al., 2006), mostrando que pacientes mais jovens apresentam melhores escores em diferentes domínios da QV. Pode-se entender tal fato considerando que os pacientes mais jovens tem menor possibilidade de apresentar comorbidade, conforme discutido por Machado et al. (2011), e consequentemente apresentam menores limitações em sua capacidade funcional, nos aspectos físicos, e nos aspectos sociais por conta de sua saúde, ficando esses domínios menos comprometidos.

O sexo do paciente transplantado renal nessa pesquisa permaneceu no modelo final da regressão, associado ao domínio estado geral de saúde, podendo-se observar que mulheres apresentavam escores mais altos neste domínio, o que não se observou na literatura internacional. Nos estudos que apresentaram diferenças significativas entre os sexos (Jofré et al. 1998; Rebollo et al. 1998; Siegal et al. 2002), mulheres tiveram piores índices de QV que os homens. Para compreender o resultado do presente estudo, de que a percepção subjetiva do estado de saúde foi avaliada mais positivamente entre as mulheres, deve-se considerar que existem diferenças de atitude em relação às doenças entre homens e mulheres, e que as mulheres são em geral mais atentas ao aparecimento de sintomas, tem um conhecimento melhor das doenças, e utilizam mais os serviços de saúde do que o homem. É possível que assim sendo, a procura mais precoce de cuidado médico possa levar ao melhor prognóstico das doenças crônicas para o

sexo feminino (Veras, 1988). Dessa forma, o diagnóstico precoce e melhor prognóstico para a doença, no caso das mulheres, possa ter contribuído para que, nesta pesquisa, estas tivessem uma melhor percepção de seu estado de saúde. Entretanto, estudos longitudinais, de acompanhamento do paciente desde sua entrada no serviço de saúde deveriam ser realizados para confirmar tal hipótese.

Escolaridade foi uma das variáveis que se associou de forma independente com o domínio dor da QV, fato que pode ser compreendido pensando-se na escolaridade como indicativo de melhores condições de vida - sendo inclusive um dos componentes do IDH de uma região - facilitando o acesso a tratamentos de saúde no momento adequado, assim como melhores condições de transporte até o serviço de saúde. Supõe-se que a possibilidade de maior acesso aos cuidados pode favorecer que o paciente sinta menor interferência da dor em suas atividades cotidianas ou profissionais.

A hipótese de que variáveis clínicas interferem na QV dos pacientes transplantados renais também foi confirmada, mostrando que tipo de doador, ter tido internação nos últimos seis meses, a função renal, e a presença de comorbidade mantiveram associação independente com domínios da QV.

No caso do tipo de doador, os pacientes que receberam rim de doadores falecidos apresentaram escores mais elevados nos domínios aspectos emocionais e saúde mental, caracterizados respectivamente pelo reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias ou profissionais, e seu humor e bem-estar. Balaska et al. (2006) foram autores que verificaram diferenças nos domínios de QV entre doadores vivos e falecidos na Grécia. Diferentemente do aqui, identificaram que pacientes que receberam rim de doadores vivos, com algum grau de parentesco, apresentavam melhores escores nos domínios dor, estado geral de

saúde e capacidade funcional da QV, mas não discutiram as possíveis explicações para este fato. Dessa forma, os domínios que se associaram a melhores escores ao receber o rim de doadores vivos, no estudo grego, foram dor, estado geral de saúde e capacidade funcional, correspondentes principalmente aos componentes físicos da QV, diferentemente do obtido neste estudo, que encontrou associação de melhores escores para receptores de doadores falecidos nos domínios aspectos emocionais e saúde mental, domínios que se referem principalmente aos componentes mentais da QV. Pode-se supor, como sugerido por Griva et al. (2002), que receber órgãos de doadores vivos possa suscitar sentimentos de culpa para com o doador, por reconhecer seu sacrifício, sendo que este fato pode interferir no bem estar emocional. Assim, de forma semelhante ao apresentado por Griva et al. (2002), o presente estudo encontrou associação de melhores escores em tais domínios com ter recebido rim de doadores falecidos, já que a possibilidade de desenvolver o sentimento de culpa pode ser menor quando o doador era falecido e desconhecido.

Internação nos últimos seis meses associou-se independentemente com o domínio aspectos físicos da QV, mostrando que pacientes que não tinham tido nenhuma internação nos últimos seis meses apresentavam melhores escores para aspectos físicos, caracterizado pelo impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias ou de trabalho. Assim, as internações podem indicar restrições para o exercício e desempenho das atividades diárias, possivelmente por uma piora nas condições de saúde dos indivíduos. Também Rosenberger et al. (2005a) e Rosenberger et al. (2006) encontraram associação entre melhores escores nos domínios estado geral de saúde, e vitalidade, e no componente mental da QV, com menor taxa de hospitalizações pós transplante. Porém, esta associação foi identificada apenas nos pacientes com mais de 45 anos (Rosenberger et al., 2005a)

e entre com 60 anos ou mais (Rosenberger et al., 2006) não tendo verificado essa associação nas demais faixas etárias.

Função renal mais elevada, medida pelo *clearance* de creatinina, associou-se com o domínio estado geral de saúde, que é caracterizado pela percepção subjetiva do estado geral de saúde do indivíduo. Tal resultado assemelha-se aos obtidos por Fujisawa et al. (2000) e Rosenberger et al. (2005a), que também verificaram associação do domínio estado geral de saúde com a função renal, medida porém nesses estudos pelo valor da creatinina sérica. Esses dados sugerem que a medida objetiva do funcionamento renal parece refletir-se na percepção de melhor estado de saúde. Preocupações com rejeição e duração do enxerto funcionante são os principais estressores para os pacientes transplantados renais, conforme afirmam Griva et al. (2002) e Ravagnani et al. (2007). Assim, é possível supor que se sentir assegurado de sua boa condição física, pelo resultado de seus exames, reflita na percepção de seu estado geral de saúde.

Entre os pacientes transplantados, a presença de doenças cardiovasculares mostrou-se como fator de risco para piores escores em alguns domínios da QV. Ter ou ter tido alguma doença cardiovascular associou-se de forma independente com os domínios capacidade funcional, aspectos emocionais, e vitalidade, assim como apontado também por Griva et al. (2002). Esses autores referem que tais problemas associaram-se com os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, dor, e aspectos emocionais. Pode-se supor que essas comorbidades em si podem agravar a condição física e mental dos pacientes transplantados.

A hipótese deste estudo de que variáveis psicossociais interferem na QV dos pacientes transplantados renais pode ser confirmada, já que auto avaliação de

saúde, sintomas depressivos, ansiedade, e apoio social foram associados com os diferentes domínios da QV.

Auto-avaliação de saúde associou-se com os domínios estado geral de saúde, vitalidade, e saúde mental, que são domínios correspondentes respectivamente à percepção subjetiva do estado de saúde, grau de cansaço ou energia para realizar as atividades, e escala de humor e bem estar. Dessa forma, pacientes que avaliaram melhor sua saúde também avaliaram bem sua qualidade de vida nos domínios descritos, indicando a pertinência em se utilizar medida tão simples de avaliação da saúde.

As presenças de ansiedade-estado e ansiedade-traço associaram-se com o domínio saúde mental da QV, mostrando que não apresentar ansiedade associou-se com maior bem estar do paciente transplantado renal. Além disso, ansiedade-estado associou-se com o domínio estado geral de saúde, isto é, os pacientes que se sentiam bem no momento da pré consulta obtiveram melhores escores no domínio estado geral de saúde, caracterizado pela percepção subjetiva de seu estado de saúde. Uma possível interpretação para este fato poderia ser que os pacientes que percebem seu estado de saúde como positivo ficam menos ansiosos antes das consultas médicas, quando foi medida a ansiedade-estado. Como discutido, os pacientes dessa amostra apresentaram uma prevalência maior de ansiedade-traço, evidenciando sintomas de ansiedade mais estáveis, possivelmente associados a fontes de estresse presentes não somente no momento da consulta, como as perspectivas futuras relacionadas ao transplante. (Ravagnani et al., 2007).

A pontuação obtida na escala de Beck associou-se à pontuação nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, dor, vitalidade, aspectos emocionais, e saúde mental, portanto, associou-se com sete

dos oito domínios que compõem o instrumento, mostrando que quanto menor a pontuação para sintomas depressivos, maiores foram os escores para aqueles domínios da QV. Resultado semelhante foi também apresentado por Kusleikaite et al. (2007), que encontrou associações entre sintomas depressivos e prejuízo nos domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, e aspectos emocionais.

Tal achado pode ser explicado pela possibilidade dos sintomas depressivos interferirem negativamente na avaliação pessoal de situações da vida a que estão expostos, o que poderá interferir nos cuidados com a saúde (Ramos-Cerqueira e Crepaldi, 2000), indicando a importância de se estar atento aos sintomas depressivos presentes neste pacientes.

A percepção do apoio social recebido pelo paciente transplantado renal, descrito por Rudnicki (2007) como a qualidade do apoio emocional disponível a partir das relações estabelecidas nas redes sociais, associou-se com o domínio saúde mental da QV na presente pesquisa, evidenciando que quanto mais o apoio social é percebido pelo paciente, melhores são os escores na avaliação de sua saúde mental, caracterizada por sentimentos de bem estar e relacionado ao humor. Essa associação também foi descrita por Shah et al. (2006) e Rosenberger et al. (2006). Este fato é possível de ser explicado, pois perceber relações afetivas pode trazer sensação de confiança para o paciente. Isto pode ocorrer já que a rede de apoio oferecida pela família, amigos ou pessoas próximas tem o papel de prover recursos, sejam eles emocionais ou materiais, para ajudar o paciente a lidar com a situação de doença de uma forma adequada.

7.4 Limitações do estudo

Por se tratar de um estudo de corte transversal, tal pesquisa não teve o poder de estabelecer relações causais entre as variáveis.

Apesar de esta ser uma amostra que compreendeu 165 pacientes, correspondente a 64,5% dos participantes elegíveis, por se tratar de amostra de um único centro, pode limitar a generalização dos dados encontrados.

Considerações Finais

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo atingiu os objetivos propostos, ao avaliar índices de QV de pacientes submetidos a transplante renal e estudar sua associação com características sociodemográficas, clínicas e psicossociais.

Obtiveram-se indicações de que há iniquidades no acesso ao transplante renal, predominando entre os pacientes transplantados os homens, e grande porcentagem de indivíduos com escolaridade superior à oito anos de estudo, o que os diferencia da população brasileira.

Os pacientes estudados apresentaram elevados índices de qualidade de vida, especialmente se comparados aos indivíduos em tratamento dialítico.

As hipóteses apresentadas foram confirmadas:

- os escores dos domínios capacidade funcional, aspectos físicos e aspectos sociais da QV diferiram segundo os diferentes tempos de transplante e segundo a idade dos participantes;
 - variáveis psicossociais interferiram na QV dos pacientes. Sintomas depressivos associaram-se com piores índices de QV nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental;
 - presença de ansiedade (traço ou estado) associou-se com piores índices de QV nos domínios estado geral de saúde e saúde mental;
 - percepção de baixo apoio social associou-se com piores índices de QV no domínio saúde mental.
 - características sociodemográficas e clínicas associaram-se independentemente aos diferentes domínios da QV dos pacientes. As
-

seguintes características associaram-se com melhores escores: sexo feminino com estado geral de saúde, maior escolaridade com dor, doadores vivos com aspectos emocionais e saúde mental, ausência de internação pós transplante nos últimos seis meses com aspectos físicos, melhor função renal com estado geral de saúde, e não ter comorbidade cardiovascular com capacidade funcional, aspectos emocionais, e vitalidade.

A partir dos achados deste estudo, um dos poucos estudos brasileiros a avaliar a QV do paciente transplantado renal, e o único a associar as características sociodemográficas, clínicas e psicossociais com a QV desses pacientes, pode-se concluir que o estudo da qualidade de vida é parâmetro fundamental na avaliação de tratamentos propostos. As características que se associaram à qualidade de vida são importantes parâmetros a serem considerados no desenvolvimento de estratégias de intervenções e propostas terapêuticas que pretendam também melhorar a QV de indivíduos que receberam transplante renal.

Estudos longitudinais são necessários para investigar as mudanças na qualidade de vida dos pacientes em TRS, posteriormente transplantados, considerando os diferentes tempos após o transplante, dando continuidade à presente pesquisa.

Referências

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.M. A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de IRC. *J. Bras. Nefrol.*, v.25, n.4, p.209-214, 2003.
- ALMEIDA, A.M.; MELEIRO, A.M.A.S. Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. *J. Bras.Nefrol.*, v.22, n.1, p.192-200, 2000.
- ALMEIDA, H.O. et al. Adesão a tratamentos entre idosos. *Comun. Cienc. Saude*, v.18, n.1, p.57-67, 2007.
- ALMEIDA FILHO, N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: Methodological features and prevalence estimates. *Br. J. Psychiatry*, v.171, p.524-529, 1997.
- ALSHUBAILI, A.F. et al. Relationship of depression, disability, and family caregiver attitudes to the quality of life of Kuwaiti persons with multiple sclerosis: a controlled study. *BMC Neurol.*, v.7, n.31, p.1-13, 2007.
- ANDRADE, C.R. et al. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saude Publica*, v.21, n.2, p.379-386, 2005.
- ANDRADE, L. et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol.*, v.37, p.316-325, 2002.
- BALASKA, A. et al. Changes in health-related quality of life in Greek adult patients 1 year after successful renal transplantation. *Exp. Clin. Transpl.*, v.4, n.2, p.521-524, 2006.
- BALBI, A.L. et al. Estudo comparativo das complicações terapêuticas no lúpus eritematoso sistêmico e nas glomerulopatias idiopáticas. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v.47, n.4, p.296-301, 2001.
- BARBOSA, L.M.M.; JÚNIOR, M.P.A.; BASTOS, K.A. Preditores de qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *J. Bras. Nefrol.*, v.29, n.4, p.222-229, 2007.
- BARRETI, P. Indicações, escolha do método e preparo do paciente para terapia renal substitutiva (TRS), na Doença Renal Crônica (DRC). *J. Bras. Nefrol.*, v.26, n.3, supl.1, p.47-49, 2004.
-

BITTENCOURT, Z.Z.L.C. et al. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. *Rev. Saúde Pública*, v.38, n.5, p.732-734, 2004.

CASTRO, M. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v.49, n.3, p.245-249, 2003.

CHIU, S.F.A. et al. Quality of life in cadaver and living-related renal transplant recipients in Kuala Lumpur Hospital. *Transplant. Proc.*, v.36, p.2030-2031, 2004.

CICONELLI, R.M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev. Bras. Reumatol.*, v.39, n.3, p.143-150, 1999.

COCKCROFT, D.W.; GAULT, M.H. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron*, v.16, p.31-41, 1976.

CUNHA, J.A. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

FAERSTEIN, E. et al. Pré-testes de um questionário multidimensional autopreenchível: a experiência do Estudo Pró Saúde. *Physis (Rio J.)*, v.9, p.117-130, 1999.

FIGUEIREDO, W.M. et al. Lentidão cognitiva e psicomotora em hemodialisados crônicos. *Arq. Neuropsiquiatr.*, v.65, n.3-B, p.875-879, 2007.

FUJISAWA, M. et al. Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 health survey. *Urology*, v.56, n.2, p.201-206, 2000.

GOLDFARB-RUMYANTZEV, A. et al. Duration of end-stage renal disease and kidney transplant outcome. *Nephrol. Dial. Transplant.*, v.20, n.1, p.167-175, 2005.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck – propriedades psicométricas da versão em português. In: GORENSTEIN, C. et al. *Escala de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p.89-95.

GRIEP, R.H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.21, n.3, p.703-714, 2005.

GRIVA, K. et al. Quality of life and emotional responses in cadaver and living related renal transplant recipients. *Nephrol. Dial. Transplant.*, v.17, p.2204-2211, 2002.

HARCIAREK, M. et al. Continuous cognitive improvement 1 year following successful kidney transplant. *Kidney Int.*, v.79, p.1353-1360, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Sala de imprensa: pesquisa nacional por amostra de domicílios 2009*. Brasil, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708>. Acesso em: 03 abr. 2012.

JOFRÉ, R. et al. Changes in quality of life after renal transplantation. *Am. J. Kidney Dis.*, v.32, n.1, p.93-100, 1998.

KIMMEL, P.L. et al. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am. J. Med.*, v.105, p.214-221, 1998.

KUSLEIKAITE, N.; BUMBLYTE, I.A.; PAKALNYTE, R. Quality of life and depression in renal transplant patients. *Medicina (Kaunas)*, v.43, suppl.1, p.103-108, 2007.

KUSUMOTO, L. et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paul. Enferm.*, v.21, n. esp., p.152-159, 2008.

LAZZARETTI, C.T. et al. Kidney transplantation improves the multidimensional quality of life. *Transplant. Proc.*, v.36, p.872-873, 2004.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Condições de saúde. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (Orgs.). *O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p.75-91.

LIU, H. et al. Effects of clinical factors on psychosocial variables in renal transplant recipients. *J. Adv. Nurs.*, v.65, n.12, p.2585-2596, 2009.

MACHADO, E.L. et al. Iniquities in the access to renal transplant for patients with end-stage chronic renal disease in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, v.27, suppl.2, p.284-297, 2011.

MARTINS, M.R.I.; CESARINO, C.B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev. Latino-am Enferm.*, v.13, n.5, p.670-676, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Resolução normativa nº 196, de 1996*. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 10 out. 1996.

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, p.178-183, 2006.

NIU, S.; LI, C. Quality of life of patients having renal replacement therapy. *J. Adv. Nurs.*, v.51, n.1, p.15-21, 2005.

OGUTMEN, B. et al. Health-related quality of life after kidney transplantation in comparison intermittent hemodialysis, peritoneal dialysis, and normal controls. *Transplant. Proc.*, v.38, p.419-421, 2006.

PADOVANI, F.H.P. et al. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonato pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.26, n.4, p.251-254, 2004.

PASCAZIO, L. et al. Anxiety, depression and emotional profile in renal transplant recipients and healthy subjects: a comparative study. *Transplant. Proc.*, v.42, p.3586-3590, 2010.

PEREIRA, L.C. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. *J. Bras.Nefrol.*, v.25, n.1, p.10-16, 2003.

PÉREZ-SAN-GREGORIO, M.A. Psychologic stages in renal transplant. *Transplant. Proc.*, v.37, p.1449-1452, 2005.

PONTON, P. et al. Quality-of-Life change after kidney transplantation. *Transplant. Proc.*, n.33, p.1887-1889, 2001.

QUEIROZ, C.M.T. *Comprometimento cognitivo e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica avançada*. 2010. 160f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2010.

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; CREPALDI, A.L. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. *J. Pneumol.*, v.26, n.4, p.207-213, 2000.

RAVAGNANI, L.M.B.; DOMINGOS, N.A.M.; MIYAZAKI, M.C.O.S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estud. Psicol. (Natal)*, v.12, n.2, p.177-184, 2007.

REBOLLO, P. et al. Health-related quality of life (HRQOL) in end stage renal disease (ESRD) patients over 65 years. *Geriatr. Nephrol. Urol.*, v.8, n.2, p.85-94, 1998.

REIMER, J. et al. Quality of life in patients before and after kidney transplantation. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, v.52, n.1, p.16-23, 2002.

REIS, M.B.B. Nefropatias. In: FRÁGUAS, J.R.; FIGUEIRÓ, J.A.B. *Depressões em medicina interna e outras condições médicas: depressões secundárias*. São Paulo: Atheneu, 2002. cap.21, p.181-189.

ROMÃO JÚNIOR, J.E. Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação. *J. Bras. Nefrol.*, v.26, n.3, supl.1, p.1-3, 2004. Supplement 1.

ROMÃO JÚNIOR, J.E.; ARAÚJO, M.R. Hemodiálise. In.: SCHOR, N.; SROUGI, M. (Orgs.). *Nefrologia e Urologia*. São Paulo: Sarvier, 1998. p.37-41.

ROSENBERGER, J. et al. Do dialysis and transplantation related medical factors affect perceived health status? *Nephrol. Dial. Transplant.*, v.20, p.2153-2158, 2005a.

ROSENBERGER, J. et al. Factors modifying stress from adverse effects of immunosuppressive medication in kidney transplant recipients. *Clin. Transplant.*, v.19, p.70-76, 2005b.

ROSENBERGER, J. et al. Predictors of perceived health status in patients after kidney transplantation. *Transplantation*, v.81, p.1306-1310, 2006.

RUDNICKI, T. Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. *Estud. Psicol. (Campinas)*, v.24, n.3, p.343-351, 2007.

SANTOS, P.R. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 52, n. 5, p.356-359, 2006.

SANTOS, P.R.; PONTES, L.R.S.K. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v.53, n.4, p.329-334, 2007.

SCALZO, P. et al. Depressive symptoms and perception of quality of life in Parkinson's disease. *Arq. Neuropsiquiatr.*, v.67, n.2-A, p.203-208, 2009.

SHAH, V.S. et al. Quality of life and psychosocial factors in renal transplant recipients. *Transplant. Proc.*, n.38, p.1283-1285, 2006.

SIEGAL, B.; HALBERT, R.J.; MCGUIRE, M.J. Life satisfaction among kidney transplant recipients: demographic and biological factors. *Prog. Transplant.*, v.12, n.4, p.293-298, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. *Tratamentos*. São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/leigos/index.php>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. *Manual inventário de ansiedade traço-estado*. 2.ed. Rio de Janeiro: CEPA, 2003.

STATA CORPORATION. *Stata Statistical Software*: release 8.0. College Station, TX: Stata Corporation, 2003.

SZEIFERT, L. et al. Symptoms of depression in kidney transplant recipients: a cross-sectional study. *Am. J. Kidney Dis.*, v.55, n.1, p.132-140, 2010.

TAVALLAI, S.A. et al. Socioeconomic links to health-related quality of life, anxiety, and depression in kidney transplant recipients. *Iran. J. Kidney Dis.*, v.3, n.1, p.40-44, 2009.

THOMAS, C.V.; ALCHIERI, J.C. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à Hemodiálise. *Aval. Psicol.*, v.4, n.1, p.57-64, 2005.

TOMASZ, W.; PIOTR, S. A trial of objective comparison of quality of life between chronic renal failure patients treated with hemodialysis and renal transplantation. *Ann. Transplant.*, v.8, n.2, p.48-54, 2003.

TRENTINI, M.; SILVA, D.G.V.; LEIMANN, A.H. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v.11, n.1, p.18-28, 1990.

VERAS, R.P. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. *Cad. Saúde Pública*, v.4, n.4, p.382-397, 1988.

WARE, J.E. et al. *SF-36 Health Survey*. Manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center, 1993.

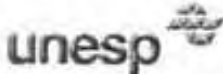
WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int. J. Mental Health*, v.23, n.3, p.24-56, 1994.

WIGHT, J.P. et al. The SF36 as an outcome measure of services for end stage renal failure. *Qual. Health Care*, v.7, p.209-221, 1998.

Anexos

ANEXOS

Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Júnior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997



Ética

Botucatu, 02 de agosto de 2010. Of. 348/10-CEP

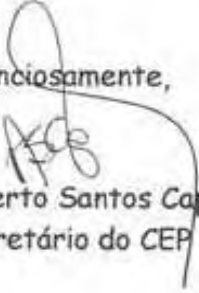
Ilustríssima Senhora
Prof^ª. Dr^ª. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira
Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr^ª. Ana Teresa,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3624-2010) "Qualidade de vida e fatores associados em pacientes submetidos a transplante renal", a ser conduzido por Vanessa Cristina Paduan, orientado por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 02/08/2010.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Anexo 2 – Formulário sociodemográfico e clínico

Nome: _____ RG: _____
 Data de Avaliação: ____/____/____ Data de Nascimento: ____/____/____

Variáveis Sócio-Demográficas**1. Sexo**

- (1) Masculino
 (2) Feminino

2. Idade _____

- (1) 18-39 anos
 (2) 40-59 anos
 (3) 60 ou mais

3. Escolaridade n° anos _____

- (1) Analfabeto
 (2) Primário
 (3) Ginásio
 (4) Ensino Médio
 (5) Ensino Superior

4. Renda Familiar _____**Quantas pessoas vivem c/ a renda** _____**Renda per capita** _____

- (1) < 1 SM.
 (2) 1-2 SM.
 (3) 2 ou > SM.

5. Posição na Ocupação _____

- (1) empregado
 (2) desempregado
 (3) licença médica/aux.doença
 (4) aposentado/pensionista
 (5) dona-de-casa

Variáveis Clínicas**1. Realizou TRS antes do TX**

- (1) Sim
 (2) Não

Se sim,

- (1.1) DP
 (1.2) Hemodiálise

Período em meses: _____**2. Data do transplante:** ____/____/____**3. Tempo de transplante (meses)** _____

- (1) 0-6 meses
 (2) 7 a 36 meses
 (3) 36 meses ou mais

4. Doador

- (1) Falecido
 (2) Vivo
 (2.1) Pais
 (2.2) Filhos
 (2.3) Irmãos
 (2.4) Primos
 (2.5) Sobrinhos

- (2.6) Tios
 (2.7) Netos
 (2.8) não relacionado

5. Tempo de internação pós TX _____**6. N° de internações últimos 6 meses** _____**7. Presença de infecção atual**

- (1) Sim
 (2) Não

Qual: _____**8. N° de infecções últimos 6 meses** _____**9. Está apresentando efeitos colaterais da medicação no momento?**

- (1) Sim
 (2) Não

Quais: _____**10. Em uso de medicações psiquiátricas**

- (1) Sim
 (2) Não

Qual: _____**11. Função renal atual** _____**12. Creatinina:** _____**13. Clearance:** _____**14. Presença de rejeição:**

- (1) Sim
 (2) Não

15. Rejeição nos últimos 6 meses: _____**16. Comorbidades**

- (1) Nenhuma
 (2) HAS
 (3) DM
 (4) Cardio-vascular

17. Como você avalia sua saúde hoje, em comparação há 6 meses atrás?

- (1) Muito ruim
 (2) Ruim
 (3) Regular
 (4) Boa
 (5) Muito boa

Anexo 3 – SF-36 Short-Form Health Survey

1. Em geral você diria que sua saúde é:

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

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

1. Muito melhor agora	2. Um pouco melhor agora	3. Quase a mesma	4. Um pouco pior agora	5. Muito pior agora

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

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

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

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou as outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em suas atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex. necessitou de esforço extra)?	1	2

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

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou as outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

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

1. De forma nenhuma	2. Ligeiramente	3. Moderadamente	4. Bastante	5. Grave	6. Muito grave

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

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

8. Durante as últimas 4 semanas, quanta dor no corpo interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora de casa e dentro de casa)?

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

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

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

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

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

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

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

Anexo 4 – BDI – Inventário de Depressão de Beck

BDI – Inventário de Depressão de Beck

Assinale o número que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje.

- | | | |
|--|---|---|
| 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. | 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira. | 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir. |
| 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar. | 11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar. | 17. 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.
2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa. |
| 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais que uma pessoa comum.
2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso. | 12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas. | 18. 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2 Meu apetite é muito pior agora.
3 Absolutamente não tenho mais apetite. |
| 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo. | 13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões. | 19. 0 Não tenho perdido peso se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.
2 Perdi mais do que 5 quilos.
3 Perdi mais do que 7 quilos.
Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos:
Sim__ Não__ |
| 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado. | 14. 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
3 Acredito que pareço feio. | 20. 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa. |
| 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido. | 15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho. | 21. 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
2 Estou muito menos interessado por sexo agora.
3 Perdi completamente o interesse por sexo. |
| 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio. | | |
| 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece. | 16. 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
1 Não durmo tão bem como costumava. | |
| 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar. | | Score total _____ |

Anexo 5 – IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado

Leia com atenção cada pergunta e atribua um valor ao lado de cada afirmação, conforme o gabarito abaixo, que melhor indicar **como você se sente nesse momento** (ansiedade estado).

Ansiedade Estado

	Abs Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
01. Sinto-me calmo	4	3	2	1
02. Sinto-me seguro	4	3	2	1
03. Estou tenso	1	2	3	4
04. Estou arrependido	1	2	3	4
05. Sinto-me à vontade	4	3	2	1
06. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
07. Estou preocupado com possíveis infortúnios	1	2	3	4
08. Sinto-me descansado	4	3	2	1
09. Sinto-me ansioso	1	2	3	4
10. Sinto-me "em casa"	4	3	2	1
11. Sinto-me confiante	4	3	2	1
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Estou agitado	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraindo	4	3	2	1
16. Sinto-me satisfeito	4	3	2	1
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me superexcitado e confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	4	3	2	1
20. Sinto-me bem	4	3	2	1

Leia com atenção cada pergunta e atribua um valor ao lado de cada afirmação, conforme gabarito abaixo, que melhor indicar **como você geralmente se sente** (ansiedade traço).

Total _____

Ansiedade Traço

	Quase nunca	As vezes	Frequent	Quase sempre
01. Sinto-me bem	4	3	2	1
02. Canso-me facilmente	1	2	3	4
03. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
04. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
05. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
06. Sinto-me descansado	4	3	2	1
07. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	4	3	2	1
08. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
09. Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz	4	3	2	1
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro	4	3	2	1
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16. Estou satisfeito	4	3	2	1
17. Às vezes, idéias sem importância entram na minha cabeça e me preocupam	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	4	3	2	1
20. Fico tenso e perturbado quando penso nos problemas do momento	1	2	3	4

Total _____

Anexo 6 – MOS – Medical Outcomes Study

Se você precisar, com que frequência conta com alguém...

Tipo de apoio	Ítem	1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Quase sempre	5 Sempre
Material	que o ajude, se ficar de cama?					
	para levá-lo ao médico?					
	para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?					
	para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?					
Afetiva	que demonstre amor e afeto por você?					
	que lhe dê um abraço?					
	que você ame e que faça você se sentir querido?					
Interação Social Positiva	com quem fazer coisas agradáveis?					
	com quem distrair a cabeça?					
	com quem relaxar?					
	para se divertir junto?					
Emocional	para ouvi-lo, quando você precisar falar?					
	em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?					
	para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?					
	que compreenda seus problemas?					
Informação	para dar bons conselhos em situações de crise?					
	para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?					
	de quem você realmente quer conselhos?					
	para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?					

Anexo 7 – Termo de consentimento livre e esclarecido

Título: Qualidade de vida e fatores associados em pacientes submetidos a transplante renal.

Objetivo Geral: Avaliar índices de qualidade de vida em pacientes submetidos a transplante renal; e estudar a associação destes índices com possíveis fatores de risco ou proteção na qualidade de vida do paciente transplantado renal.

Objetivos Específicos: Descrever características sócio-demográficas e clínicas de pacientes submetidos a transplante renal; estudar a prevalência de sintomas depressivos, de ansiedade, e comprometimento cognitivo; avaliar a percepção em relação ao apoio social recebido; examinar a associação entre fatores sócio-demográficos (sexo, idade, escolaridade, renda *per capita*, ocupação e posição na ocupação), psicossociais (auto-avaliação da saúde, função cognitiva, presença de ansiedade – traço e estado -, depressão e apoio social), e clínicos (tipo de tratamento dialítico realizado antes do transplante, tempo de transplante, tipo de doador, frequência de internação e infecções, reações à medicação imunossupressora, realização de tratamento psiquiátrico, adequação ao tratamento – clearance, creatinina, função renal, rejeição, presença de comorbidades) com a qualidade de vida dos pacientes submetidos à transplante renal.

População: Pacientes adultos, transplantados renais, que mantêm seguimento ambulatorial no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UNESP de Botucatu.

Orientadora: Prof^a. Ass. Dr^a. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira.

Autora da pesquisa: Vanessa Cristina Paduan - Psicóloga

Prezado colaborador,

Este termo de consentimento que pedimos para o(a) senhor(a) assinar foi elaborado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Nessa pesquisa, para a qual solicitamos a sua participação, o(a) senhor(a) será convidado a responder perguntas de cinco questionários que pretendem avaliar aspectos psicológicos de todos os participantes, com um tempo de duração previsto de 25 minutos. Pretendemos verificar se os entrevistados apresentam sintomas de transtorno cognitivo, depressão, de ansiedade, como avaliam sua qualidade de vida e o apoio social que recebem. Além disso, pretendemos obter informações sobre condições de vida, de saúde e situação do tratamento, por meio de perguntas padronizadas.

A sua participação nesta pesquisa não deverá lhe causar qualquer desconforto. Durante a realização das avaliações, àquilo que observarmos de problemas e dificuldades, procuraremos dar o encaminhamento devido, orientando-o ou encaminhando-o à equipe responsável pelo seu tratamento. O estudo deverá ajudar a identificar condições que afetam negativamente a qualidade de vida dos pacientes, possibilitando o planejamento de ações que eliminem ou atenuem essas condições, favorecendo a melhor qualidade de vida dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica.

Informamos que o(a) senhor(a) terá acesso a qualquer momento às informações sobre os procedimentos da pesquisa, para esclarecer suas dúvidas. Além disso, terá liberdade para retirar seu consentimento para participar da pesquisa a qualquer momento, e isto não lhe trará qualquer prejuízo.

Para seu esclarecimento, informamos que serão mantidos sob sigilo seus dados pessoais. Os resultados obtidos com a pesquisa poderão ser apresentados em congressos e/ou publicados em revistas científicas, sem qualquer identificação dos participantes.

Devemos ainda esclarecer que este documento foi elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue ao(à) senhor(a), participante desta pesquisa, e a outra mantida em arquivo pelo pesquisador.

Ciente sobre todas as informações desta pesquisa assino abaixo, aceitando dela participar, porém assinalando meu direito quanto a liberdade de sair deste protocolo em qualquer momento da execução do projeto sem qualquer penalização por isso.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: 3811-6143.

Botucatu, _____ de _____ de _____.

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador

Pesquisador responsável: Vanessa Cristina Paduan.

Rua Brasília, 314 Cep 18605-690 Botucatu-SP e-mail: vc_paduan@yahoo.com.br

Coordenadora: Prof^a. Dr^a. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira.

Rua Isaltino Pinheiro de Castro, 464 Cep 18610-160 Botucatu-SP e-mail: ateresa@fmb.unesp.br

Anexo 8 – Quadro de Variáveis contínuas, ordenadas e categóricas.

VARIÁVEIS CONTÍNUAS	VARIÁVEIS ORDENADAS	VARIÁVEIS CATEGÓRICAS
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS		
		Sexo: - masculino - feminino
Idade: - número de anos	Faixa etária: - 18 a 39 anos - 40 a 59 anos - 60 anos ou mais	
Escolaridade: - anos de estudo	Faixa de escolaridade: - analfabeto - primário (1ª a 4ª série) - ginásio (5ª a 8ª série) - ensino médio (2º grau completo ou incompleto) - ensino superior (completo ou incompleto) Faixa de escolaridade: (reagrupamento 1) - analfabeto e baixa escolaridade (0 a 3 anos) - média e alta escolaridade (4 ou mais) Faixa de escolaridade: (reagrupamento 2) - baixa escolaridade (0 a 3 anos) - média escolaridade (4 a 7 anos) - alta escolaridade (8 anos ou mais)	
Renda: - renda familiar em reais - renda <i>per capita</i> em reais	Faixa de renda <i>per capita</i> : - menos que 1 salário mínimo - 1 ou mais salários mínimos	
	Posição na ocupação: - empregado - desempregado - licença médica/auxílio doença/ aposentado/pensionista - dona de casa	Qualificação profissional: - sem qualificação - qualificada

Quadro de Variáveis contínuas, ordenadas e categóricas (continuação).

VARIÁVEIS CONTÍNUAS	VARIÁVEIS ORDENADAS	VARIÁVEIS CATEGÓRICAS
VARIÁVEIS CLÍNICAS		
	Terapia renal substitutiva prévia: - não realizou - diálise peritoneal - hemodiálise - diálise peritoneal e hemodiálise	Terapia renal substitutiva prévia: - não - sim
Tempo de terapia renal substitutiva prévia: - tempo em meses	Faixa de tempo de terapia renal substitutiva prévia: - não realizou - até um ano - mais de um ano	
Tempo de transplante: - tempo em meses	Faixa de tempo de transplante: - 0 a 6 meses - 7 a 36 meses - 37 meses ou mais	
	Tipo de doador: - falecido - pais - filhos - irmãos - primos - sobrinhos - tios - netos - não relacionados Tipo de doador: (reagrupamento 1) - pais e filhos - irmãos - outros parentes - falecido ou não relacionado	Doador: - vivo - falecido
Tempo de internação pós cirúrgica do transplante: - tempo em dias		
Internação nos últimos 6 meses: - número de internações	Internação nos últimos 6 meses: - nenhuma - uma ou mais internações	
		Uso de medicação psiquiátrica no momento da avaliação: - não - sim

Quadro de Variáveis contínuas, ordenadas e categóricas (continuação).

VARIÁVEIS CONTÍNUAS	VARIÁVEIS ORDENADAS	VARIÁVEIS CATEGÓRICAS
VARIÁVEIS CLÍNICAS		
Creatinina sérica: - número total em mg/dL	Faixa de creatinina sérica: - até 1,0 mg/dL - entre 1,1 a 1,5 mg/dL - entre 1,6 a 2,0 mg/dL - acima de 2,0 mg/dL	
<i>Clearance</i> de creatinina: - número total em ml/min	Faixa de <i>clearance</i> de creatinina: - 90 ou mais ml/min - entre 60 e 89 ml/min - entre 30 e 59 ml/min - 29 ou menos ml/min	
Comorbidades: - número de comorbidades		Comorbidades: - não - sim
		Hipertensão arterial: - não - sim
		Diabetes: - não - sim
		Cardio-vascular: - não - sim
VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS		
	Auto avaliação de saúde: - muito ruim - ruim - regular - boa - muito boa Auto avaliação de saúde: (reagrupamento1) - muito ruim/ruim/regular - boa/muito boa	
Sintomas depressivos (BDI): - pontuação total	Sintomas depressivos (BDI) para amostra não diagnosticada: - normal (0 a 15 pontos) - disforia (16 a 20 pontos) - depressão (21 a 63 pontos)	Sintomas depressivos (BDI) para amostras não diagnosticadas - não caso (0 a 15 pontos) - caso (16 a 63 pontos)
		Sintomas de ansiedade traço e estado (IDATE) - não caso (percentil 1 a 74) - caso (percentil 75 a 99)
Apoio social percebido (MOS): - pontuação total		