



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE
MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Thainá Dejavite Previatto Altran

**Bem-Estar em Doadores Renais antes e após a
Doação Renal.**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de Mestre
em Fisiopatologia em Clínica Médica.

Orientador(a): Prof. Dr. Luis Gustavo Modelli de Andrade

**Botucatu
2021**

Thainá Dejavite Previatto Altran

**Bem-Estar em Doadores Renais antes e após a
Doação Renal.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Fisiopatologia em Clínica Médica.

Orientador (a): Prof. Dr. Luis Gustavo Modelli de Andrade

Botucatu
2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Altran, Thaina Dejavite Previatto.

Bem-estar em doadores renais antes e após a doação renal / Thaina Dejavite Previatto Altran. - Botucatu, 2021

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Luis Gustavo Modelli de Andrade
Capes: 70702047

1. Rins - Doenças. 2. Transplante de rins. 3. Sistemas de apoio psicossocial. 4. Doadores vivos. 5. Doadores de órgãos, tecidos, etc.

Palavras-chave: Doadores vivos; Sistemas de apoio psicossocial; Transplante renal.

“É preciso ter esperança do verbo esperar,
Porque tem gente que tem esperança do verbo
esperar.
E esperança do verbo esperar não é esperança, é
espera.
Esperança é se levantar,
Esperança é ir atrás,
Esperança é não desistir!
Esperança é levar adiante,
Esperança é juntar-se com os outros para fazer
de outro jeito.”

Paulo Freire

Agradecimentos

Aos meus colegas de profissão, que apesar de todos os desafios encontrados na nossa atuação, persistem e se mantêm resilientes, com a expectativa de oferecer o melhor suporte ao paciente.

A todos aqueles que, de alguma forma ao longo desse caminho, compartilharam momentos, ideias, risos, afeto, dificuldades, ofereceram apoio e empatia e acreditaram que seria possível.

Resumo

RESUMO

Introdução: O transplante renal tem sido considerado como a melhor alternativa de tratamento para pacientes com doença renal crônica, podendo ser realizado com dois tipos de doadores, falecido ou vivo. Sabe-se que, os benefícios dispensados ao receptor pelo transplante com doador vivo e os riscos físicos acerca da doação são bem explorados, porém, são escassos estudos que abordam o bem-estar de doadores renais.

Objetivo: Comparar os aspectos psicossociais combinados (ansiedade, depressão, apoio social e qualidade de vida), denominados escore de bem-estar, dos doadores renais antes da nefrectomia, após 3 e 12 meses da doação renal. **Materiais e Métodos:** Tratou-se de um estudo longitudinal, prospectivo e comparativo, desenvolvido em um Hospital de Transplantes Terciário, com doadores renais cujas as doações ocorreram entre março de 2019 a março de 2020, quando a realização dos transplantes intervivos foi prejudicada pela pandemia. Foram aplicados os seguintes instrumentos padronizados: Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Medical Outcomes Study (MOS), Teste de Triagem do Envolvimento com Bebidas Alcoólicas, Cigarro e Fármacos (ASSIST) e Short Form Health Survey (SF-36). O bem-estar foi definido com a média de pontuação dos questionários normatizados para uma escala de 0 a 100 pontos. Foi feita a média do SF-36 e do MOS subtraído da média do BDI e IDATE. Para a análise dos dados, foi utilizada análise exploratória com a descrição das características da amostra de doadores renais quanto às características psicossociais e as medidas repetidas foram somadas no escore de bem-estar e comparadas ao longo do tempo com a análise de modelos lineares mistos. A variável dependente foi a medida do desfecho e o tempo foi usado como fator fixo. Foi adicionado um slope randômico para cada caso individual. A análise de cada escore individual foi analisada pelo teste de Kruskal-Wallis, porém, foi considerada desfecho secundário exploratório para evitar o erro das múltiplas comparações. Foi utilizado o software R versão 3.4.2. O nível de significância estatística foi $p < 0.05$. **Resultados:** Foram analisados 22 doadores, sendo que destes, 13 deles completaram a terceira avaliação (12m). Tratou-se de uma população de idade média aproximada de 40 anos sendo os irmãos os principais doadores. No desfecho primário, nota-se uma tendência a uma redução do bem-estar aos três meses (-5.37 pontos, $p = 0.06$), com normalização ao fim de 12 meses (-3.57 pontos, $p = 0.28$). Na análise de subgrupo dos doadores, têm-se um total 59.1% dos daqueles que não tiveram eventos após a doação. Todavia, quatro doadores (18.2%) perderam o emprego possivelmente relacionado ao afastamento pela doação. Três doadores (13.6%) foram avaliados durante a pandemia. Dois receptores (9.1%) tiveram eventos desfavoráveis. A análise dos doadores separados pelos eventos (pandemia, desemprego, evolução desfavorável) mostrou que os doadores que tiveram eventos foram os que tiveram redução do escore de bem-estar. A presença de evento no doador (agrupando todas as categorias) mostrou uma queda do escore de bem-estar de -5.97 pontos, $p = 0.046$. **Conclusão:** A doação renal foi segura com relação ao bem estar do doador após 12 meses, apesar da identificação de um grupo de doadores de maior risco que podem apresentar algum prejuízo do seu bem-estar após a doação. Esses doadores devem ser mais bem avaliados em estudos futuros.

Palavras-chave: Sistemas de Apoio Psicossocial; Transplante Renal; Doadores vivos.

Abstract

ABSTRACT

Background: Kidney transplantation has been considered the best treatment alternative for patients with chronic renal disease, being realized with two types of donors, deceased or alive. It is known that the benefits dispensed to the recipient by the transplant with live donor and the physical risks about the donation are well exploited, however, there are few studies addressing the well-being of future donors.

Objective: Compare the combined psychosocial aspects (anxiety, depression, social support and quality of life), named well-being score, of renal donors before nefrectomy, after 3 and 12 months of renal donation. **Materials and Methods:** This was a longitudinal, prospective and comparative study developed in a Tertiary Transplant Hospital with kidney donors whose donations occurred between March 2019 and March 2020, when the performance of living transplants was hampered by the pandemic. The following standardized instruments were applied: Beck Depression Inventory (BDI), State Trait Anxiety Inventory (STAI), Medical Outcomes Study (MOS), Alcohol, Cigarette and Drug Alcohol Involvement Screening Test (ASSIST) and Short Form Health Survey (SF-36). Well-being was defined with the average score of the standardized questionnaires for a scale from 0 to 100 points. The mean of SF-36 and MOS was done with the mean subtraction of BDI and IDATE. For data analysis, exploratory analysis was used with the description of the characteristics of the sample of renal donors regarding psychosocial characteristics and repeated measures were added to the well-being score and compared over time with the analysis of mixed linear models. The dependent variable was the measure of the outcome and time was used as a fixed factor. A random slope was added for each individual case. The analysis of each individual score was analyzed by the Kruskal-Wallis test, however, was considered exploratory secondary outcome to avoid the error of multiple comparisons. Software R version 3.4.2 was used. The level of statistical significance was $p < 0.05$. **Outcomes:** Twenty-two donors were analyzed, of which 13 of them completed the third evaluation (12m). This was an average age population of approximately 40 years, and siblings were the main donors. In the primary outcome, there was a tendency to a reduction in well-being at three months (-5.37 points, $p = 0.06$), with normalization after 12 months (-3.57 points, $p = 0.28$). In the subgroup analysis of donors, a total of 59.1% of those who did not have events after donation are found. However, four donors (18.2%) lost their jobs possibly related to the removal by donation. Three donors (13.6%) evaluated during the pandemic. Two recipients (9.1%) had unfavorable events. The analysis of donors separated by events (pandemic, unemployment, unfavorable evolution) showed that the donors who had events were the ones who had a reduction in the well-being score. The presence of an event in the donor (grouping all categories) showed a fall in the well-being score of -5.97 points, $p = 0.046$. **Conclusions:** Renal donation was safe in relation to the donor's well-being after 12 months, despite the identification of a group of higher-risk donors who may have some impairment of their well-being after the donation. These donors should be better evaluated in future studies.

Keyword: Psychosocial Support Systems; Kidney Transplantation; Living donors.

Lista de Figuras

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Delineamento do estudo.....	32
Figura 2. Escores de Bem-Estar dos Doadores Renais antes, 3 meses e após meses da doação.	38
Figura 3. Evolução Escore de Bem-Estar dos Doadores separados por evento do doador (ausente; desemprego; pandemia ou receptor desfavorável).	40
Figura 4. Evolução Escore de Bem-Estar dos Doadores separados por evento do doador (presente/ausente).	41

Lista de Tabelas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características basais da população de doadores do estudo	33
Tabela 2. Instrumentos analisados nos três momentos do Estudo.	34
Tabela 3. Escores de Bem-Estar dos Doadores Renais antes, 3 meses e após 12 meses da doação.	39
Tabela 4. Evolução Escore de Bem-Estar dos Doadores separados por evento do doador (presente/ausente).	42

Sumário

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Doença Renal Crônica e Terapia Renal Substitutiva	17
1.2 Transplante Renal	17
1.3. Doadores Renais	18
2. OBJETIVOS	22
2.1 - Objetivo primário	22
2.2 - Objetivos secundários	22
3. MATERIAIS E MÉTODOS	24
3.1 - Desenho	24
3.2 - Participantes	24
3.3 - Critério de Inclusão	24
3.4 - Critério de Exclusão	24
3.5 - Delineamento	24
3.6 - Evento no doador	25
3.7 - Escore de Bem-Estar	25
3.8 - Instrumentos	25
3.8.1 Protocolo de variáveis sociodemográficas	25
3.8.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI)	26
3.8.3 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)	26
3.8.4 Medical OutcomesStudy (MOS)	27
3.8.5 Teste de Triagem do Envolvimento com Bebidas Alcoólicas, Cigarro e Fármacos (ASSIST)	27
3.8.6 Medical Outcomes Study - Short Form Health Survey (SF-36)	28
3.9 - Aprovação no comitê de ética	29
3.10 - Análise estatística	29
3.10.1 Cálculo do tamanho amostral	29
3.10.2 Análise exploratória dos dados	30
3.10.3 Análise das medidas repetidas	30

4. RESULTADOS	32
4.1 - Desfecho Primário	37
4.2 - Análise de Subgrupo de Doadores	39
5. DISCUSSÃO	44
5.1. - Discussão dos achados	44
5.2 - Limitações do estudo	51
6. CONCLUSÃO	54
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
8. ANEXOS	62
8.1 - Anexo I -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	62
8.2 - Anexo II - Escala de Depressão de Beck (BDI)	64
8.3 - Anexo III - Escala de Ansiedade Traço e Estado (IDATE)	67
8.4 - Anexo IV - Medical Outcomes Study (MOS)	69
8.5 - Anexo V - Teste de Triagem do Envolvimento com Bebidas alcóolicas, Cigarro e Fármacos (ASSIST)	70
8.6 - Anexo VI- Medical Outcomes Study – Short Form Health Survey (SF-36)	74
8.7 - Anexo VII - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	78

Introdução

1. INTRODUÇÃO

1.2. Doença Renal Crônica e Terapia Renal Substitutiva

A doença renal crônica (DRC) representa um sério problema de saúde pública no Brasil, por sua elevada incidência e por representar gastos importantes aos cofres públicos.⁽¹⁾

Compreende-se por DRC quando há uma anormalidade, estrutural ou funcional dos rins, que esteja presente pelo menos por três meses, com ou sem diminuição da taxa de filtração glomerular, sendo evidenciada por anormalidades histopatológicas ou de marcadores de lesão renal.⁽²⁾

Para fins de diagnóstico, o K/DOQI (2012) elucida que a DRC é dividida em cinco estágios de acordo com a gravidade, baseado na taxa de filtração glomerular, sendo que no estágio 5 a terapia renal substitutiva (TRS) costuma ser indicada como forma de tratamento.

A terapia renal substitutiva (TRS) - a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal - é realizada por mais de 2 milhões de pessoas em torno do mundo. Em 2017, no Brasil, já se somavam 126.583 pacientes, com aumento do número de incidentes em 159,4% durante os últimos cinco anos.^(3,4)

De acordo com o senso realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi o principal financiador (82%) dos custos dispensados a esse tratamento, calculado em torno de dois bilhões de reais.^(4,5)

Além do custo elevado, as TRSs configuram-se em esquema crônico e trazem inúmeras consequências ao paciente, como limitações: impedimento para realização da atividade profissional, redução da socialização, perda da independência, da saúde e da energia, com repercussão também na saúde mental e com impacto significativo na qualidade de vida destes pacientes.^(3,6)

1.2. Transplante Renal

O transplante renal surge como uma proposta alternativa à diálise, sendo considerado como o melhor método de tratamento em termos médico, econômico e psicossocial.^(3,6)

Isso se deve ao fato dos índices relativos ao transplante apontar para maior sobrevida, melhor bem-estar biopsicossocial e redução das despesas médicas, se comparados com aqueles pacientes em diálise.^(3,6,7)

Atualmente, o Brasil conta com um dos maiores programas público de transplante de órgãos e tecidos do mundo, administrado pelo Sistema Nacional de Transplantes. Em 2017, somava-se 31.226 pacientes inscritos na fila de espera para transplante renal, equivalendo ao percentual de 24% da população com doença renal crônica terminal.^(1,6)

O transplante renal pode ocorrer através de dois tipos de doadores: falecido ou vivo. Contudo, o número de doadores falecidos tem sido muito escasso para atender a uma demanda cada vez maior de pacientes que se beneficiaria do transplante.^(7, 8)

Observa-se, através do Registro Brasileiro de Transplantes (RBT, 2019), dados referentes à janeiro-setembro pela Associação Brasileira de Transplantes no Brasil (ABTO), um aumento de 4,1% na taxa de doadores efetivos (17,7 pmp), contudo, este número se mantém ainda distante de suprir a necessidade de pacientes que aguardam pela oferta de órgãos.

Em um esforço para atender essa numerosa população, tem-se recorrido ao transplante intervivos, ou seja, com doadores vivos. A literatura aponta alguns benefícios deste tipo de transplante, tal como o baixo risco para o doador, a maior sobrevida do enxerto, a maior compatibilidade de HLA (sistema antígeno leucocitário humano), o regime de imunossuppressores reduzido e o menor tempo de isquemia fria.^(7, 10,11)

1.3. Doadores Renais

O ato de tornar-se um candidato a doador deve ser voluntário, por tanto, o doador não deve sofrer qualquer tipo de coerção, não ter ganhos secundários e ser informado adequadamente sobre os riscos (médicos/ psicossociais) e tratamentos alternativos ao receptor como recomenda o Consenso de Doadores Vivos (2000) . Sabe-se que muitos foram os esforços para compreender as consequências e prejuízos do bem-estar físico do doador. Estudos sobre este tema asseguram que são raros os problemas intra-operatórios, baixas as taxas de mortalidade (0,03%) e de morbidade (<10%).^(7,8,13,14,15,16,17)

Não obstante, a doação renal por doadores vivos é compreendida como algo complexo, envolvendo uma série de fatores, incluindo aqueles de ordem psicossocial – sejam eles relacionados aos critérios adequados para a indicação dos candidatos à doação, como também associados aos resultados a longo prazo.⁽¹⁷⁾

Até agora, têm-se relatado que os doadores, uma vez recuperados dos efeitos cirúrgicos, costumam apresentar bom desfecho em termos psicossociais, percebendo-se satisfeitos com a vida e com a experiência de doar.^(15,16,18-21)

Apesar disso, a literatura chama a atenção ao fato que os doadores podem experimentar algumas situações estressoras ao longo deste processo, como a cirurgia propriamente dita, a dor pós-operatória, o afastamento do serviço, o medo da possibilidade de incompatibilidade com o receptor e até mesmo pensamento de culpa em caso de rejeição do enxerto.^(11,22)

Outras preocupações também foram relatadas como aquelas associadas ao desfecho positivo do transplante, à saúde do receptor, à existência de uma rede de apoio suportiva necessária durante o período de recuperação, ou a vivência de sentimentos como abandono e frustração após a doação.^(11, 17,22)

Compreende-se então que o processo da doação pode ser um estressor na vida do doador, e que as questões evidenciadas acima podem contribuir para o aumento do nível de estresse, de sintomas ansiosos e também depressivos.^(19,20,23)

Tem-se observado que aqueles com sintomas depressivos e ansiosos pré-existentes, com consumo de substâncias psicoativas e suporte social deficiente costumam apresentar piores resultados em termos psicossociais pós-doação. Estudos apontam para uma relação inversa entre rede de apoio e consumo de substâncias psicoativas e proporcional entre rede de apoio e saúde mental.^(19,20,22,23,24)

Dessa forma, a KDIGO (2017) sugere a inclusão de fatores psicossociais na avaliação psicológica do doador ainda na fase anterior a doação, bem como reforça a importância da participação do centro transplantador no seguimento destes mesmos, principalmente para aqueles com resultados psicossociais negativos.

Todos os esforços são necessários para proteger o doador. No entanto, nota-se que ainda há lacunas para a compreensão dos resultados psicossociais nesta população. Assim, estudos com desenho prospectivos, que permitam a comparação dos aspectos psicossociais do doador no momento pré e pós doação são necessários, podendo colaborar para a compreensão do impacto da doação,

oferecer referências importantes para diretrizes que fornecem recomendações à seleção dos doadores e ao monitoramento destes mesmos aspectos pós-doação.^(15,16,19,24)

Desta forma, os profissionais de saúde e os centros transplantadores podem proporcionar maior segurança e minimizar os efeitos adversos da doação ao doador.⁽²⁵⁾

Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1 - Objetivo primário

Comparar os aspectos psicossociais combinados (ansiedade, depressão, apoio social e qualidade de vida) denominados escore de bem-estar dos doadores renais antes da nefrectomia, após 3 e 12 meses da doação renal.

2.2 - Objetivos secundários

Analisar o impacto da ocorrência dos eventos ocorridos durante o período do estudo em relação ao bem-estar do doador.

Comparar as mudanças dos aspectos psicossociais de forma individual antes da nefrectomia, após 3 e 12 meses da doação renal.

Materiais e Métodos

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 - Desenho

Tratou-se de um estudo prospectivo, longitudinal e comparativo desenvolvido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina (HC-FMB), Campus de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho” (UNESP).

3.2 - Participantes

Participaram doadores renais com idade maior que 18 anos e concordantes em realizar o estudo de acordo com o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO I).

Foram aceitos, segundo a legislação Brasileira (Lei Nº 10.211, de 23 DE MARÇO DE 2001) para doador vivo, os parentes até o quarto grau ou cônjuge. A doação foi livre, consentida e sem nenhuma forma de remuneração.

Todos os doadores foram submetidos a nefrectomia por técnica video-laparoscópica, ou seja, através de uma técnica cirúrgica minimamente invasiva que permite menor tempo de internação e também de recuperação ou afastamento das atividades rotineiras do doador.

3.3 - Critério de Inclusão

Todos os doadores renais cujas doações ocorreram entre o período de março de 2019 à março de 2020, quando a realização dos transplante intervivos foi prejudicada em decorrência do início da pandemia pelo vírus SARS-CoV-2.

3.4 - Critério de Exclusão

Foram excluídos deste estudo aqueles que não completaram ao menos duas avaliações das fases propostas (pré-nefrectomia, três e doze meses) e àqueles que demonstraram alguma dificuldade na compreensão dos instrumentos de avaliação.

3.5 - Delineamento

A aplicação dos questionários foi feita por um mesmo pesquisador habilitado e familiarizado com os instrumentos, durante as consultas ambulatoriais e de forma individual, buscando uma situação de privacidade com o sujeito participante.

Os instrumentos aplicados foram: Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Medical Outcomes Study (MOS), Short Form Health Survey (SF-36) e o Teste de Triagem do Envolvimento com Bebidas Alcolólicas, Cigarro e Fármacos (ASSIST).

Os instrumentos propostos foram aplicados em três momentos distintos: pré-nefrectomia (cerca de quinze dias anterior a data da doação), três e doze meses após a cirurgia.

3.6 - Evento no doador

Foram analisados a ocorrência dos seguintes eventos no doador após a cirurgia:

- Desemprego do doador potencialmente relacionado ao afastamento pela doação
- Ocorrência de evolução desfavorável no receptor: óbito ou perda do enxerto
- Ocorrência de complicações relacionadas a cirurgia de nefrectomia
- Doadores avaliados durante o período da pandemia por COVID-19

3.7 - Escore de Bem-Estar

O bem-estar foi definido como a média da pontuação dos questionários normatizados para uma escala de 0 a 100 pontos.

Para isso, realizou-se a somatória do SF-36 e do MOS, uma vez que são escalas cuja maior pontuação indicam defechos positivos; subtraída da somatória do BDI e IDATE (traço e estado), já que estas últimas, por sua vez, dada maior pontuação, apontam piores defechos. Ao fim, realizou-se a média.

O escore padronizado varia de 0 a 100 pontos sendo 100 o completo bem-estar.

3.8 - Instrumentos

3.8.1 Protocolo de variáveis sociodemográficas

Formulário que abrangeu a idade, o estado civil, a escolaridade, a religião, o estado ocupacional, o grau de parentesco com o receptor e a data da doação;

3.8.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI)

O BDI é um dos instrumentos de auto-relato mais comumente utilizado para avaliar a intensidade da depressão tanto em pacientes psiquiátricos, não psiquiátricos, como também da população geral com idade entre 17 a 80 anos. ⁽²⁶⁾

É composto por 21 itens, que incluem sintomas e atitudes, com uma variação de intensidade de 0 a 3. Estes itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sentimentos de culpa e punição, desgosto, auto-acusações, desejos suicidas, choro, irritabilidade, redução do contato social, indecisão, distorção da imagem corporal, falta de disposição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda do apetite, perda de peso, preocupações somáticas e perda de libido. ⁽²⁶⁾

Obtém-se o escore total do BDI, somando os escores de cada item, correspondentes às alternativas assinaladas dos 21 itens. Assim, notam-se os seguintes pontos de corte: <11 sintomas depressivos mínimos, 12-19 sintomas leves, 20-35 sintomas moderados e de 36-63 sintomas graves. ⁽²⁶⁾ (Anexo II)

3.8.3 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

É um dos instrumentos mais utilizados para quantificar componentes subjetivos relacionados à ansiedade, sendo composto por duas escalas: uma que avalia a ansiedade enquanto estado, tida como aquela relacionada a uma reação transitória sob uma situação de adversidade em dado momento e outra que acessa a ansiedade enquanto traço associada à propensão do indivíduo lidar com maior ou menor ansiedade ao longo de sua vida. ⁽¹¹⁾

Cada escala é composta por vinte itens, cada um com quatro possibilidades de respostas: “absolutamente não”, “um pouco”, “bastante” ou “muitíssimo”. O escore total da escala varia de 20 a 80, sendo que valores mais altos indicam maior grau de ansiedade. (Anexo III)

3.8.4 Medical Outcomes Study (MOS)

A Escala de Apoio Social MOS-SSS (*Social Support Scale*), desenvolvida por Sherbourne & Stewart (1991) visa avaliar em que medida a pessoa conta com o apoio de outras para enfrentar diferentes situações em sua vida. Embora inicialmente desenvolvida para aplicação em pacientes crônicos, seu uso se estendeu a diferentes populações devido a sua fácil aplicação.⁽²⁷⁾

Os itens do MOS-SSS nos dá a percepção que o individuo tem em relação à disponibilidade dos demais de lhe oferecer apoio social. Este instrumento foi projetado para ser de fácil administração e até mesmo auto-aplicável, breve e multidimensional.⁽²⁸⁾

Com tradução e adaptação para uso no Brasil por Griep e demais autores, a diferença, nas análises brasileiras, é que dois fatores agruparam-se em um só (emocional e informacional).⁽²⁸⁾

O MOS é um instrumento composto por 19 itens, os quais os indivíduos são convidados a responder uma escala, referente à frequência de vezes que estes podem contar com pessoas para apoiá-lo em diferentes situações, sendo elas: “nunca”, “raramente”; “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”.

Os itens foram agrupados em sub-escalas relacionados ao apoio material, afetivo, interação social positiva, emocional e informação. Os índices dessas dimensões compreendem pontuações entre 20-100, notando-se que quanto mais alta a pontuação, maior o apoio social. (Anexo IV)

3.8.5 Teste de Triagem do Envolvimento com Bebidas Alcolólicas, Cigarro e Fármacos (ASSIST)

Este questionário foi desenvolvido a partir da coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para detecção do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas.

O ASSIST traz características que sugerem ser adequado o seu uso em serviços de assistência não especializados, como a estrutura padronizada, a rapidez de aplicação, a facilidade de interpretação e a possibilidade de ser utilizado por profissionais de saúde de formações diversas.⁽²⁹⁾

O mesmo questionário é composto por oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes,

sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos).

As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. ⁽²⁹⁾

Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 8, sendo que a soma total pode variar de 0 a 39. A depender da pontuação, o instrumento aponta para uma proposta de intervenção: breve, intensiva ou não necessária. (Anexo V)

3.8.6 Medical Outcomes Study - Short Form Health Survey (SF-36)

O SF-36 teve sua tradução e validação no Brasil por Ciconelli em 1997.

Este instrumento é descrito como genérico, multidimensional, auto-aplicável, validado e padronizado para mensurar a qualidade de vida, com capacidade para detectar mudanças que ocorrem ao longo do tempo. ⁽³⁰⁾

É constituído por 36 questões, que abrangem oito componentes descritos abaixo, destas questões, 35 são avaliadas e uma é apenas para comparação entre a saúde atual e de um ano atrás. Este item não pontua, mas é útil para o conhecimento da evolução ou não das doenças. ⁽³⁰⁾

Os 35 itens restantes são divididos em dois grandes componentes: 1- **Componentes da Saúde Mental** (vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental), 2- **Componentes da Saúde Física** (capacidade funcional, aspectos físicos, dor física e estado geral de saúde). ⁽³⁰⁾

Cada questão é apresentada seguida de escores numéricos devendo ser escolhida apenas uma alternativa por questão. Na avaliação dos resultados, são atribuídos escores isoladamente para cada questão, que a seguir são transformadas em uma escala de 0 a 100 ("*Raw Scale*"), onde 0 corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde para cada domínio. ⁽³⁰⁾

Os domínios contidos no instrumento SF-36 (Anexo VI):

Capacidade funcional (avaliada pela questão nº 3): composta por dez itens sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum e quais seriam suas limitações relacionadas à sua capacidade física em realizá-las.

Aspecto físico (avaliada pela questão nº 4): composta por quatro itens que abordam se em consequência de sua saúde física, suas tarefas diárias foram diminuídas ou limitadas.

Dor (avaliada pelas questões de nº 7 e 8): composta por dois itens que avaliam a quantidade de dor e se esta interferiu em sua rotina diária.

Estado Geral de Saúde (avaliada pelas questões de nº 1 e 11) composta por cinco itens para avaliação da saúde do indivíduo.

Vitalidade (avaliada pela questão nº 9, itens a,e,g,i) composta por quatro itens onde se verifica nível de energia, vigor, força, vontade ou fadiga, esgotamento, cansaço.

Aspectos Sociais (avaliado pela questão de nº 6 e 10): avaliam de que maneira a saúde física ou problemas emocionais interferiram com nas atividades sociais (relacionamentos, visitas).

Aspectos emocionais (avaliado pela questão de nº 5): composta por três itens onde são abordadas as limitações decorrentes aos problemas emocionais (depressão e ansiedade) e se estas limitações interferiram no tempo e na dedicação do trabalho desenvolvido.

Saúde Mental (avaliada pela questão nº 9, itens b, c, d, f, h) composta por cinco itens que incluem as principais dimensões de avaliação da saúde mental e bem-estar psicológico como: felicidade, tranquilidade ou alterações do comportamento,descontrole emocional, depressão, nervosismo e desânimo.

3.9 - Aprovação no comitê de ética

Este estudo foi inscrito na Plataforma Brasil (**CAAE:** 03062818.6.0000.5411) e aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, Brasil) (**Número do Parecer:** 3.095.220). (em Anexos)

3.10 - Análise estatística

3.10.1 Cálculo do tamanho amostral

Para o cálculo do número amostral foi considerando uma análise de não inferioridade para uma significância de 5% com um erro beta de 90%. Consideramos

um desvio padrão máximo para o desfecho primário de 10 e um limite de 8, sendo no total 54 pacientes. ^(17,31)

Em decorrência do período de pandemia vivenciado durante o estudo, adotou-se uma amostra por conveniência

3.10.2 Análise exploratória dos dados

Foi realizada uma análise exploratória com a descrição das características da amostra de doadores renais quanto às características psicossociais.

As variáveis contínuas foram expressas em médias de desvio padrão ou mediana e percentis quando apropriados. As variáveis categóricas foram expressas em percentagem.

3.10.3 Análise das medidas repetidas

As medidas repetidas (ansiedade, depressão, qualidade de vida e apoio social) foram somadas no escore de bem-estar e comparadas ao longo do tempo (antes da nefrectomia, após 3 meses e após 12 meses da doação) com a análise de modelos lineares mistos.

A variável dependente foi a medida do desfecho e o tempo foi usado como fator fixo. Foi adicionado um slope randômico para cada caso individual.

A análise de cada escore individual foi analisada pelo teste de Kruskal-Wallis, porém, foi considerada desfecho secundário exploratório para evitar o erro das múltiplas comparações. Foi utilizado o software R versão 3.4.2. Considera-se significância estatística $p < 0.05$

Resultados

4. RESULTADOS

Foram analisados 22 doadores. Do total, 22 realizaram ao menos a segunda avaliação de 3 meses e 13 completaram a avaliação de 12 meses (Fig 1).

Trata-se de uma população de média de idade aproximada de 40 anos sendo os irmãos os principais doadores em 63.6% (tabela 1).

Notou-se que, quanto ao histórico de sintomas psiquiátricos, apenas um dos doadores relatou ter realizado acompanhamento com equipe de saúde mental por sintomatologia ansiosa/depressiva e outros dois afirmaram já terem feito uso temporário de psicotrópicos.

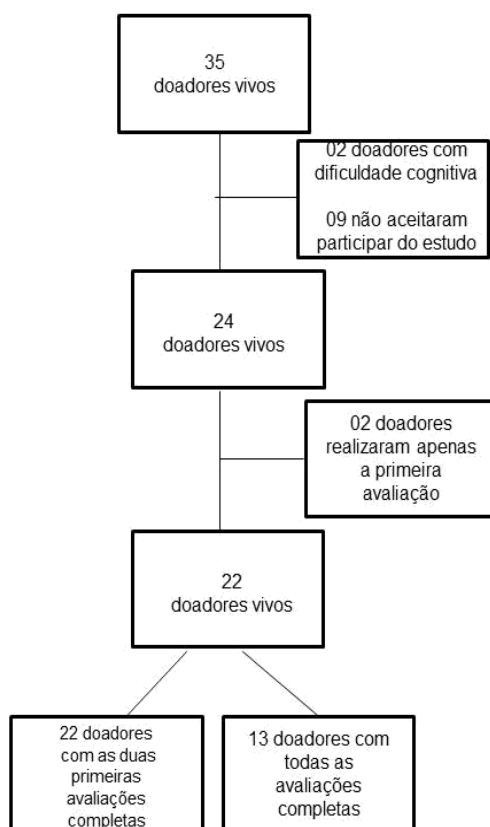


Figura 1. Delineamento do estudo

Tabela 1. Características basais da população de doadores do estudo.

	Total (N=22)
Idade	
Média (SD)	39.636 (7.53)
Mediana (Q1, Q3)	39 (34, 43.75)
Min - Max	26 - 59
Omisso	0
Raça	
Branca	16 (72.7%)
Negra	2 (9.1%)
Parda	4 (18.2%)
Omisso	0
Parentesco	
Cônjuge	3 (13.6%)
Genitor	1 (4.5%)
Irmão	14 (63.6%)
Primo	3 (13.6.0%)
Tia	1 (4.5%)
Omisso	0
Estado civil	
Amasiado	2 (9.1%)
Casado	12 (54.5%)
Divorciado	3 (13.6%)
Solteiro	4 (18.2%)
Viúvo	1 (4.5%)
Omisso	0
Escolaridade_anos	
Média (SD)	9.54 (3.55)
Mediana (Q1, Q3)	11 (6.25, 11)
Min - Max	4 - 15
Omisso	0
Religião	
Católico	11 (50%)
Espírita	1 (4.5%)
Evangélico	5 (22.7%)
Sem crença	5 (22.7%)
Omisso	0
Evento	
Ausente	13 (59.1%)
Desemprego	4 (18.2%)
Pandemia	3 (13.6%)
Receptor_desfavorável	2 (9.1%)
Omisso	0

Os resultados de todos os escores analisados nos três momentos do estudo estão resumidos na tabela 2. Nesta análise dos escores individuais, nota-se uma redução do escore físico (aspectos físicos) aos três meses e da saúde mental aos três e doze meses no SF-36.

Tabela 2. Instrumentos analisados nos três momentos do Estudo

	0 (N=22)	3 (N=22)	12 (N=13)	p valor
Capacidade Funcional (SF-36)				0.708 ¹
Média (SD)	94.44 (14.62)	95 (10.8)	95.38 (9.45)	
Mediana (Q1, Q3)	100 (95, 100)	100 (95, 100)	100 (95, 100)	
Min - Max	35 - 100	50 - 100	70 - 100.	
Omisso	0	0	0	
Aspectos Físicos (SF-36)				0.046 ¹
Média (SD)	100 (0)	90.9 (19.73)	98.1 (6.93)	
Mediana (Q1, Q3)	100 (100, 100)	100 (100, 100)	100 (100, 100)	
Min - Max	100 - 100	25 - 100	75 - 100	
Omisso	0	0	0	
Dor (SF-36)				0.611 ¹
Média (SD)	86.77 (16.1)	88.545 (17.555)	83.54 (18.1)	
Mediana (Q1, Q3)	92 (75, 100)	100 (76.5, 100)	84 (72, 100)	
Min - Max	51 - 100	41 - 100	51 - 100	
Omisso	0	0	0	
Estado Geral (SF-36)				0.504 ¹
Média (SD)	87.93 (18.1)	83.9 (26.2)	86.23 (13.39)	
Mediana (Q1, Q3)	97 (83.25, 100)	97 (83.25, 100)	95 (75, 97)	
Min - Max	27 - 100	2 - 100	60 - 100	
Omisso	0	0	0	
Vitalidade (SF-36)				0.299 ¹
Média (SD)	83.18 (14.35)	81.82 (17.35)	72.69 (21.27)	
Mediana (Q1, Q3)	85 (70, 98.75)	85 (72, 95)	80 (65, 85)	
Min - Max	60 - 100	45 - 100	25 - 100	
Omisso	0	0	0	
Aspectos Sociais (SF-36)				0.817 ¹
Média (SD)	98.86 (3.67)	94.54 (17.5)	97.11 (10.4)	
Mediana (Q1, Q3)	100 (100, 100)	100 (100, 100)	100 (100, 100)	
Min - Max	87.5 - 100	25 - 100	62.5 - 100	
Omisso	0	0	0	
				0.284 ¹

Aspectos Emocionais (SF-36)

Média (SD)	96.97 (14.21)	84.85 (33.69)	97.43 (9.26)
Mediana (Q1, Q3)	100 (100, 100)	100 (100, 100)	100 (100, 100)
Min - Max	33.33 - 100	0.000 - 100	66.6 - 100
Omisso	0	0	0

Saúde Mental (SF-36)

Média (SD)	88.72 (11.94)	82 (22.35)	79.02 (16.16)
Mediana (Q1, Q3)	92 (88, 96)	90 (74, 99)	84 (76, 88)
Min - Max	56 - 100	16 - 100	36 - 96
Omisso	0	0	0

Média (SF-36)

Média (SD)	92.11 (6.84)	87.69 (13.9)	88.68 (7.16)
Mediana (Q1, Q3)	93.12 (90.17, 96.96)	94.5 (79.32, 96.65)	88.87 (83.38, 95.12)
Min - Max	72.43 - 100	44.5 - 100	77.125 - 98
Omisso	0	0	0

IDATE-Estado

Média (SD)	12.04 (12.78)	23.41 (26.26)	21.31 (18.81)
Mediana (Q1, Q3)	8 (2, 17.75)	11 (10, 28.25)	19 (6, 32)
Min - Max	1 - 42	1 - 87	1 - 55
Omisso	0	0	0

IDATE-Traço

Média (SD)	15.5 (15.40)	21.82 (25.18)	23.23 (26.65)
Mediana (Q1, Q3)	11.5 (1.25, 29.5)	10 (2.5, 36.25)	10 (4, 30)
Min - Max	1 - 52	1 - 87	2 - 80
Omisso	0	0	0

IDATE-Estado 100

Média (SD)	11.27 (13.05)	22.87 (26.8)	20.72 (19.19)
Mediana (Q1, Q3)	7.14 (1.02, 17.09)	10.20 (9.18, 27.81)	18.37 (5.10, 31.63)
Min - Max	0 - 41.84	0 - 87.75	0 - 55.10
Omisso	0	0	0

IDATE-T 100

Média (SD)	14.79 (15.71)	21.24 (25.69)	22.68 (27.19)
Mediana (Q1, Q3)	10.71 (0.25, 29.08)	9.18 (1.53, 35.96)	9.18 (3.06, 29.59)
Min - Max	0 - 52.04	0 - 87.75	1.02 - 80.61
Omisso	0	0	0

Média (IDATE)

Média (SD)	13.03 (12.9)	22.05 (25.28)	21.7 / (20.71)
Mediana (Q1, Q3)	11.22 (1.15, 25.13)	10.46 (5.61, 33.92)	17.34 (4.08, 35.71)
Min - Max	0 - 36.73	0 - 87.75	0.51 - 65.81
Omisso	0	0	0

MOS Material

Média (SD)	19.82 (0.5)	18.68 (3.95)	19.61 (0.65)
------------	-------------	--------------	--------------

0.082¹0.380¹0.179¹0.571¹0.179¹0.571¹0.260¹0.411¹

Mediana (Q1, Q3)	20 (20, 20)	20 (19.25, 20)	20 (19, 20)	
Min - Max	18 - 20	2 - 20	18 - 20	
Omisso	0	0	0	
MOS Afetiva				0.154 ¹
Média (SD)	14.77 (0.61)	14.41 (1.99)	15.38 (1.39)	
Mediana (Q1, Q3)	15 (15, 15)	15 (15, 15)	15 (15, 15)	
Min - Max	13 - 15	6 - 15	15 - 20	
Omisso	0	0	0	
MOS Interação				0.355 ¹
Média (SD)	19.36 (1.94)	18.86 (2.05)	19.54 (0.87)	
Mediana (Q1, Q3)	20 (20, 20)	20 (19, 20)	20 (20, 20)	
Min - Max	11 - 20	12 - 20	18 - 20	
Omisso	0	0	0	
MOS Emocional				0.976 ¹
Média (SD)	18.95 (1.55)	18.54 (2.9)	17.69 (5.04)	
Mediana (Q1, Q3)	20 (18.25, 20)	20 (18.25, 20)	20 (18, 20)	
Min - Max	16 - 20	8 - 20	2 - 20	
Omisso	0	0	0	
MOS Informação				0.291 ¹
Média (SD)	19.54 (1.37)	19 (2.67)	18.92 (1.75)	
Mediana (Q1, Q3)	20 (20, 20)	20 (20, 20)	20 (18, 20)	
Min - Max	14 - 20	8 - 20	14 - 20	
Omisso	0	0	0	
MOS Material 100				0.411 ¹
Média (SD)	98.86 (3.13)	91.76 (24.73)	97.6 (4.06)	
Mediana (Q1, Q3)	100 (100, 100)	100 (95.31, 100)	100 (93, 100)	
Min - Max	87.5 - 100	-12.5 - 100	87.5 - 100	
Omisso	0	0	0	
MOS Afetiva 100				0.154 ¹
Média (SD)	98.11 (5.1)	95.08 (16.59)	103.2 (11.55)	
Mediana (Q1, Q3)	100 (100, 100)	100 (100, 100)	100 (100, 100)	
Min - Max	83.33 - 100	25 - 100	100 - 141.67	
Omisso	0	0	0	
MOS Emocional 100				0.976 ¹
Média (SD)	93.46 (9.73)	90.91 (18.16)	85.57 (31.49)	
Mediana (Q1, Q3)	100 (89.06, 100)	100 (89.06, 100)	100 (87.5, 100)	
Min - Max	75 - 100	25 - 100	-12.5 - 100	
Omisso	0	0	0	
MOS Informação 100				0.291 ¹
Média (SD)	97.16 (8.56)	93.75 (16.7)	93.27 (10.96)	
Mediana (Q1, Q3)	100 (100, 100)	100 (100, 100)	100 (87, 100)	
Min - Max	62.5 - 100	25 - 100	62.5 - 100	
Omisso	0	0	0	
MOS Interação 100				0.355 ¹
Média (SD)	96.02 (12.12)	92.89 (12.83)	97.115 (5.482)	
Mediana (Q1, Q3)	100 (100, 100)	100 (93.75, 100)	100. (100, 100)	

Min - Max	43.750 - 100	50 - 100	87.5 - 100	
Omisso	0	0	0	
Média (MOS)				0.794 ¹
Média (SD)	96.72 (5.68)	92.87 (14.22)	95.35 (7.58)	
Mediana (Q1, Q3)	99.37 (96.25, 100)	100 (91.56, 100)	98.75 (91.25, 100)	
Min - Max	77.91 - 100	37.5 - 100	77.5 - 107.08	
Omisso	0	0	0	
BDI				0.986 ¹
Média (SD)	1.59 (2.55)	2.91 (5.89)	1.53 (2.66)	
Mediana (Q1, Q3)	0 (0, 2)	0 (0, 2)	0 (0, 2)	
Min - Max	0 - 10	0 - 19	0 - 9	
Omisso	0	0	0	
ASSIST				0.956 ¹
Média (SD)	0.27 (0.45)	0.27 (0.45)	0.23 (0.43)	
Mediana (Q1, Q3)	0 (0, 0.75)	0 (0, 0.75)	0 (0, 0)	
Min - Max	0 - 1	0 - 1	0 - 1	
Omisso	0	0	0	
Bem-Estar 100				0.335 ¹
Média (SD)	93.31 (5.52)	88.47 (14.13)	89.97 (7.78)	
Mediana (Q1, Q3)	95.33 (88.61, 98.47)	95.16 (83.79, 97.49)	92.49 (83.30, 96)	
Min - Max	83.59 - 99.78	41.815 - 100	73.943 - 98.6	
Omisso	0	0	0	

1. Kruskal-Wallis rank sum test

4.1 - Desfecho Primário

O desfecho primário (Bem-Estar) foi analisado pelo modelo linear misto. Nota-se uma tendência a uma redução aos três meses (-5.37 pontos, p=0.06) e normalização ao fim de 12 meses (-3.57 pontos, p=0.28). (Figura 2 e Tabela 3)

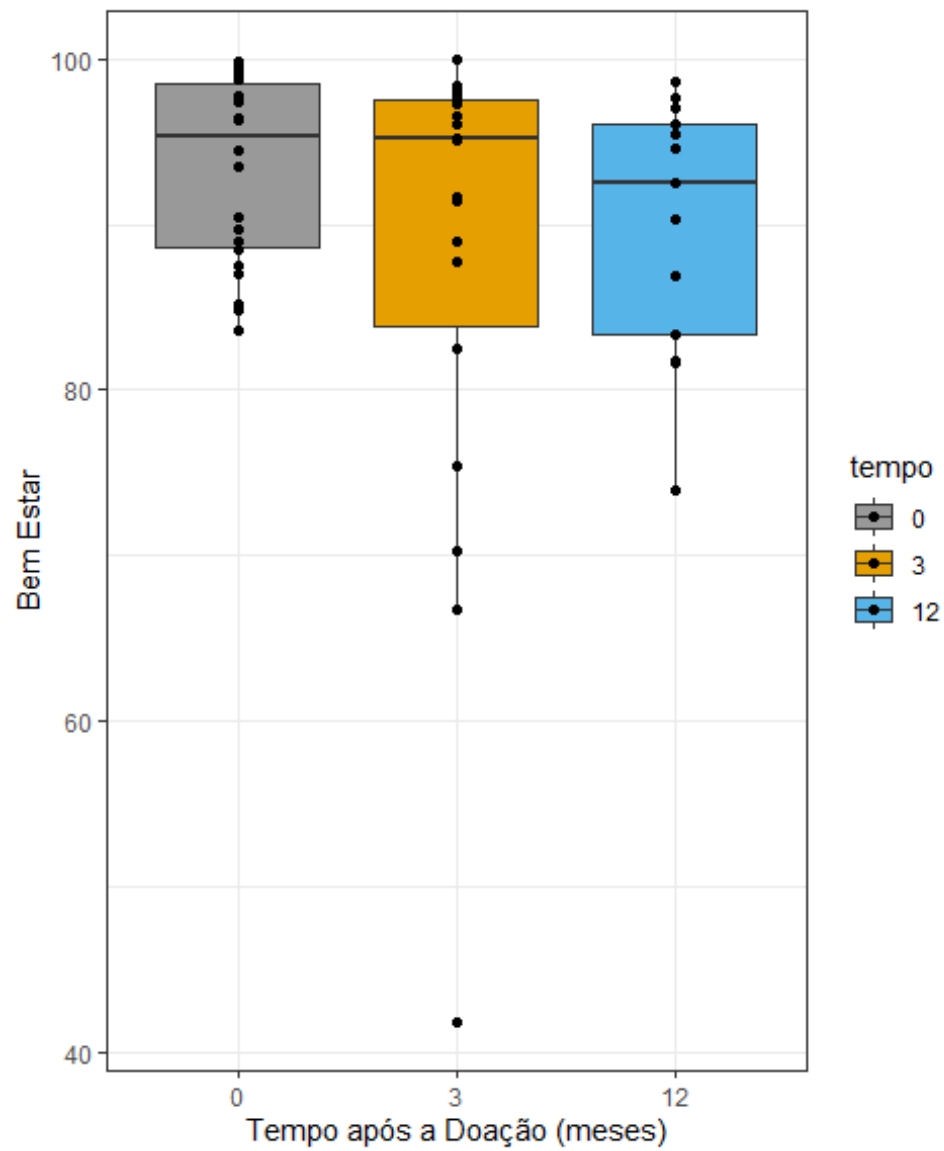


Figura 02. Escores de Bem-Estar dos Doadores Renais antes, 3 meses e após 12 meses da doação.

Tabela 03. Escores de Bem-Estar dos Doadores Renais antes, 3 meses e após 12 meses da doação

<i>Preditores</i>	Bem-Estar 100		
	<i>Estimativas</i>	<i>CI</i>	<i>p</i>
(Intercept)	93.32	89.06 – 97.58	<0.001
Tempo [3m]	-5.27	-10.80 – 0.27	0.062
Tempo [12m]	-3.57	-10.03 – 2.89	0.279
Efeitos Aleatórios			
σ^2	85.45		
$\tau_{00 \text{ id}}$	18.53		
ICC	0.18		
N_{id}	22		
Observações	56		
Marginal R^2 / Conditional R^2	0.051 / 0.220		

4.2 - Análise de Subgrupo de Doadores

No total 59.1% dos doadores não tiveram eventos após a doação. Quatro doadores (18.2%) perderam o emprego, que segundo a percepção dos próprios doadores, estaria relacionado ao afastamento pela doação. Três doadores (13.6%) foram avaliados durante a pandemia de COVID-19. Dois receptores (9.1%) tiveram eventos desfavoráveis: uma perda de enxerto por trombose arterial e um óbito devido a sangramento digestivo alto. Nenhum doador apresentou evolução desfavorável com relação a nefrectomia.

A análise dos doadores separados pelos eventos (pandemia, desemprego, evolução desfavorável) mostrou que os doadores que tiveram eventos foram os que tiveram redução do escore de bem-estar (figura 3).

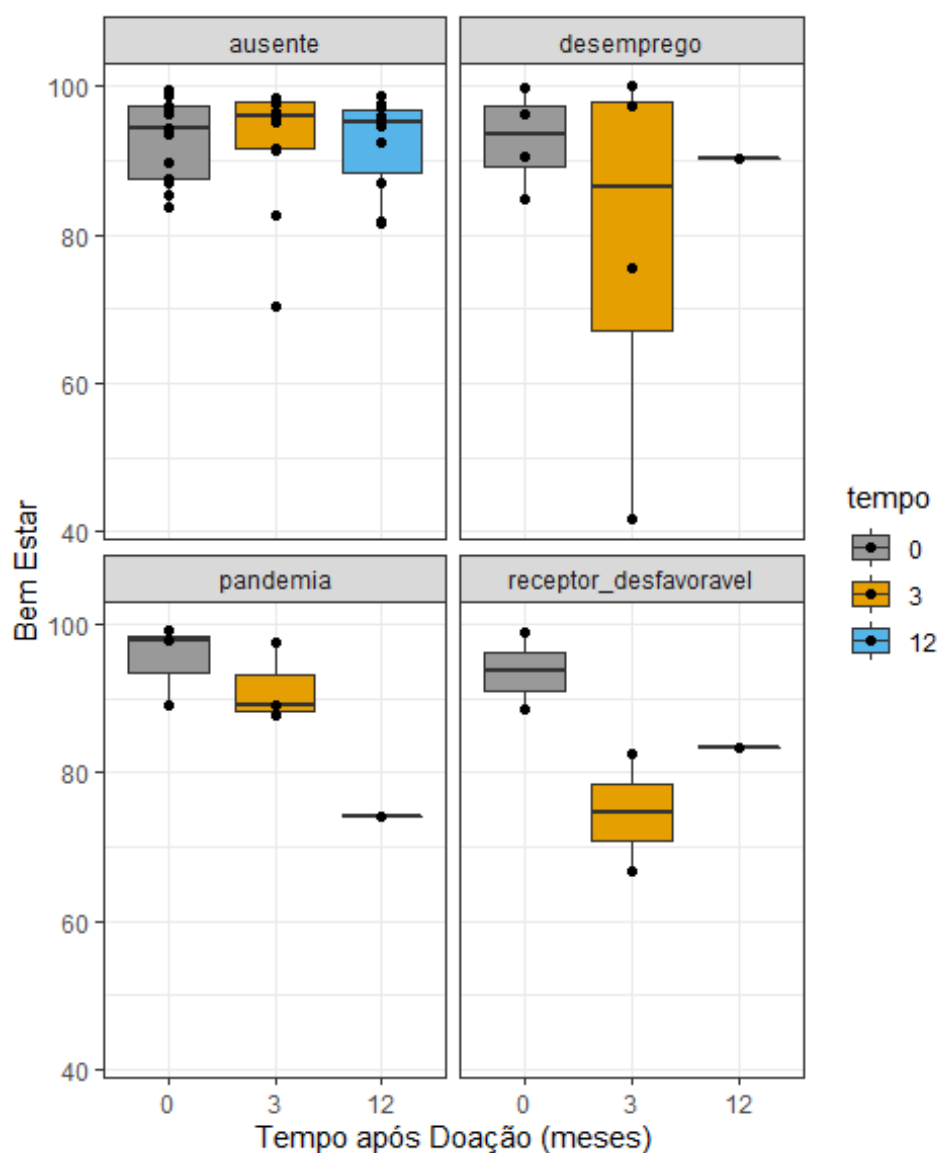


Figura 3. Evolução Escore de Bem-Estar dos Doadores separados por evento do doador (ausente; desemprego; pandemia ou receptor desfavorável).

A presença de evento no doador (agrupando todas as categorias) mostrou uma queda do escore de bem-estar de -5.97 pontos, $p=0.046$ (Tabela 4 e figura 4).

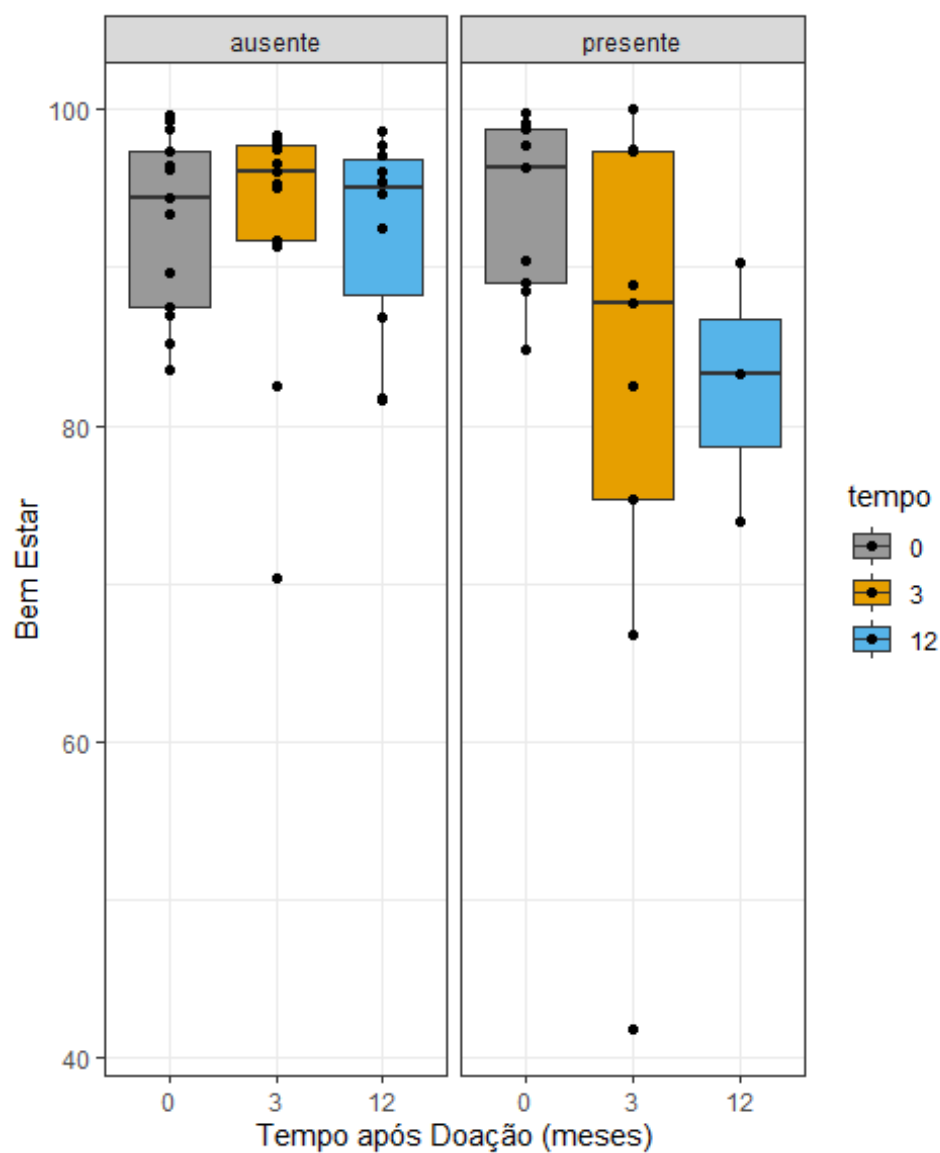


Figura 4. Evolução Escore de Bem-Estar dos Doadores separados por evento do doador (presente/ausente)

Tabela 4. Evolução Escore de Bem-Estar dos Doadores separados por evento do doador (presente/ausente).

<i>Preditores</i>	Bem-Estar 100		
	<i>Estimativas</i>	<i>CI</i>	<i>p</i>
Intercept	95.76	90.99 – 100.53	<0.001
Tempo [3m]	-4.84	-10.29 – 0.60	0.081
Tempo [12m]	-4.37	-10.83 – 2.09	0.185
evento [presente]	-5.97	-11.83 – -0.10	0.046
Efeitos Aleatórios			
σ^2	84.86		
$T_{00 \text{ id}}$	12.39		
ICC	0.13		
N_{id}	22		
Observações	57		
Marginal R^2 / Conditional R^2	0.118 / 0.230		

Discussão

5. DISCUSSÃO

5.1. - Discussão dos achados

Este foi um estudo prospectivo de 22 doadores renais avaliados em três momentos.

A fim de evitar o problema das múltiplas comparações optou-se pela análise de apenas um desfecho primário. Para a análise deste desfecho foi criado um escore para refletir o conjunto das condições psicológicas e físicas denominado escore de bem-estar.

Neste escore foram somadas as pontuações dos escores positivos de apoio social e qualidade de vida e subtraídos dos escores negativos de ansiedade e depressão.

Todos os escores foram trazidos para uma mesma escala de 0 a 100 de maneira que o melhor bem-estar tem a maior pontuação e reflete melhor apoio social e maior qualidade de vida e menor ansiedade e menor depressão.

Como parte dos resultados, este estudo mostrou que o escore de bem-estar sofreu uma tendência a redução aos três meses com normalização aos 12 meses. Nesse sentido, os resultados obtidos corroboram com a literatura ao demonstrar que a maioria dos doadores apresenta boa evolução dos aspectos psicossociais após a doação renal. (8, 10, 13, 17, 22, 32, 33)

Nota-se, em geral, melhora da qualidade vida ou nenhuma alteração significativa após a doação, que é relatada como uma experiência positiva e recomendada. (8, 10, 13, 17, 22, 32, 33)

Alguns estudos apontam resultados muito satisfatórios tanto para o âmbito físico como mental de doadores renais, com médias acima quando comparados com a população em geral, de forma que, com o tempo, não houve significativa mudança de bem-estar, satisfação com a vida, auto-estima, comparação social, angústia, depressão, estresse, ansiedade ou apoio social em estudos longitudinais realizados até 24 meses pós-doação. (8, 11, 13, 17, 22, 32, 33, 34)

Em outro estudo, agora retrospectivo, encontraram-se resultados psicossociais também equivalente à população normal. Oitenta por cento dos entrevistados estavam satisfeitos com a vida, sendo que apenas cerca de 2% alegaram quaisquer arrependimentos sobre sua experiência, os quais também

obtiveram maior pontuação para depressão e menor satisfação com a vida. Neste mesmo, foram encontradas complicações pós-operatórias nos doadores, que aumentaram a ansiedade e diminuíram a satisfação com a vida.⁽²⁰⁾

Apesar disso, em alguns casos, podem-se observar escores ligeiramente diminuídos no âmbito emocional e também uma queda no aspecto físico principalmente nos primeiros três meses. Essas alterações podem ser explicadas por algumas hipóteses; impacto na saúde decorrente da cirurgia e a desejabilidade social ao oferecer respostas que sugerem melhores condições de bem-estar global, considerando que os doadores compreendem a importância de estarem saudáveis para serem eleitos como um doador.^(13, 17, 34)

Outra possibilidade que justificaria a queda dos escores na primeira avaliação após a cirurgia estaria relacionada com o transtorno de adaptação, que ocorre como uma reação defensiva em termos psicobiológicos afim de lidar com algum evento ameaçador ao equilíbrio do funcionamento psíquico. Sobre o transtorno de ajustamento, encontram-se evidências de que esta condição prejudica a qualidade de vida e o bem-estar do sujeito.³⁵

Faz-se relevante, ainda, ressaltar a importância dos antecedentes psiquiátricos dos doadores como preditores de desfechos negativos para bem-estar após a doação, como já bem demonstrado pela literatura⁽²²⁾. Nesse estudo, pôde ser notado no doador que relatou histórico de acompanhamento com saúde mental uma piora dos sintomas ansiosos/depressivos auto-relatados através dos instrumentos utilizados.

Embora a prevalência encontrada da depressão/ansiedade tenha sido comparável aos dados normativos da população geral, alguns fatores foram identificados como facilitadores para transtorno de humor em doadores, além do próprio histórico de sintomatologia, como já referido acima: tempo prolongado de recuperação, doadores que vivenciaram complicações/re-internações, solteiros, idade mais jovem, tabagismo (ativo ou em abstinência) obrigação moral de doar, menor tempo de doação e estressores financeiros. O otimismo foi um fator protetivo para depressão e o arrependimento a doação a um fator de risco para ansiedade.^{(13,22, 32).}

Especificadamente, entre os doadores com diagnóstico de depressão, de acordo com um estudo realizado através de um banco de dados cadastrais de convênio de saúde de doadores vivos, 83,4% dos doadores que possuíam

diagnóstico de depressão, tiveram a prescrição de um antidepressivo, sendo duas vezes mais provável em mulheres. Os autores sugerem, inclusive, a possibilidade de uma triagem adicional pré-doação para doadoras.⁽³⁶⁾

Embora haja uma discussão em torno dos critérios de seleção dos candidatos a doação renal sobre sua saúde mental, sabido dos dados referidos acima, ciente da necessidade deste doador em cumprir os cuidados peri e pós-operatórios e de autocuidado de forma geral, a história de antecedente psiquiátrico geralmente não é considerada como uma contra-indicação absoluta, já que se avalia também a capacidade do indivíduo em consentir com a doação, a sua adesão ao acompanhamento e a estabilidade dos sintomas.⁽³⁷⁾

Nesse estudo, o subgrupo de doadores sem eventos, apresentou uma redução pequena do escore de bem-estar com uma diferença média de -0.7 ± 11.3 pontos.

Apesar das evidências sugerirem que os doadores renais tendem a manter bem-estar satisfatório após a doação, ainda assim, sabe-se que alguns fatores podem trazer repercussões psicossociais nesta população. Assim, reconhece-se a importância da conscientização aos doadores renais sobre os riscos associados à doação renal.⁽²⁵⁾

Neste grupo, com alfa de 0.05 e beta de 0.80, através de um cálculo por meio de uma análise de superioridade, seria necessária uma amostra de 2350 pacientes para detectar a diferença.

Para o subgrupo de doadores com algum evento, observou-se a redução significativa do escore de bem-estar. Assim, dentre o grupo com eventos e repercussão no desfecho de bem-estar, o coronavírus foi um dos identificados.

O COVID-19, é um vírus denominado SARS-CoV-2, inicialmente observado em Wuhan (China) no final de 2019, que instalou uma situação de crise socioeconômica e de sofrimento emocional na população em geral.⁽³⁸⁾

Esse vírus, que se manifesta por uma síndrome respiratória aguda, já somou milhares de infectados no Brasil, bem como resultou em um grande número de mortos.⁽³⁹⁾

O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi confirmado em fevereiro de 2020. No entanto, devido a sua alta transmissibilidade, a doença se propagou rapidamente e em menos de um mês após a confirmação do primeiro caso, já havia a transmissão comunitária em algumas cidades.⁽³⁹⁾

Houve mobilização de vários setores do governo e diversas ações foram implementadas para o estabelecimento de um plano de contingência da então, já denominada, pandemia pelo coronavírus.⁽³⁹⁾

Dentre os esforços do Ministério da Saúde para atender as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso da telemedicina foi regulamentado e a possibilidade da realização de consultas médicas à distância está sendo importante para garantir o atendimento a todos àqueles que necessitam de assistência médica.⁽³⁹⁾

No Ambulatório de Transplantes do Hospital das Clínicas de Botucatu, adotou-se o formato de atendimento por telemedicina para a maioria dos pacientes, desde março de 2020, quando também os transplantes intervivos foram suspensos por tempo indeterminado, sendo assim, prejudicando a possibilidade de avaliação dos doadores após a doação renal.

Segundo dados do Registro Brasileiro de Transplantes, houve queda nos transplantes com doador vivo, tanto de rim (58,5%), quanto de fígado (23,6%), para evitar o risco do doador adquirir COVID-19 durante a internação, para o um procedimento que é considerado como eletivo.⁽⁴⁰⁾

Como recomendação do Ministério da Saúde com base na experiência de outros países previamente afetados pelo COVID-19, as medidas preventivas ao indivíduo e também numa tentativa para evitar o comprometimento do sistema de saúde, adicionalmente, adotaram-se ações a níveis de alcance comunitário. Tais medidas, denominadas como quarentena e isolamento social, incluem restrições em locais com aglomerações (escolas, transporte público, locais de convívio comunitário).^(38, 39)

Neste contexto, a população em geral tornou-se vulnerável ao impacto emocional pela pandemia. Essa repercussão pode-se associar a níveis elevados de estresse ou ansiedade, depressão, frustração, incerteza e redução do bem-estar em comparação com o momento anterior à COVID-19.^(38, 41, 42)

O tédio e a solidão, vivenciados com frequência nesse momento, foram relacionados à raiva, ao maior consumo abusivo de álcool e drogas, frustração e sofrimentos ligados as restrições de quarentena, podendo ser considerado também como coadjuvnte para a incapacitação das atividades cotidianas.⁽³⁸⁾

Outro fator que chama a atenção é que os sintomas associados à piora do bem-estar mantiveram-se presentes mesmo após o controle da pandemia, logo, podem-se considerar sintomas psicológicos de longa duração.⁽⁴¹⁾

O cenário atual de pandemia permitiu a vivência de condições de vida estressoras: prognósticos incertos, com iminência de gravidade, escassez de recursos para testes e tratamento, grandes e crescentes perdas financeiras e mensagens conflitantes de autoridades, que, sem dúvida, contribuem para o sofrimento emocional generalizado e aumento do risco para doenças psiquiátricas associadas.⁽⁴³⁾

Algumas estratégias foram preconizadas a fim de minimizar o estresse da população em relação ao surto do COVID-19, dentre elas, o combate às "fake news", com destaque para a importância da comunidade científica.^(38, 43)

Na análise ainda de subgrupos de doadores com redução do escore de bem-estar, têm-se aqueles em que os receptores tiveram evolução desfavorável (morte/perda do enxerto) e doadores que perderam o emprego.

Sabe-se que o bem-estar experimentado pelo doador está intimamente ligado com o resultado do receptor. Quando o resultado é ruim, o doador fica preocupado, emocionalmente envolvido com o contexto, podendo sentir-se culpado, obtendo piores indicadores de qualidade de vida e de redução do bem-estar.⁽⁴⁴⁻⁴⁷⁾

Entende-se que, como resultado do senso de união entre doador-receptor, o doador se sente responsável pela saúde do receptor após o transplante e tende a quer protegê-la.⁽⁴⁴⁾

Logo, o resultado desse estudo corrobora com outros anteriores. Dentre eles, mostra-se a associação entre o aumento da fadiga geral no doador, com redução de suas atividades e de sua motivação, além de risco aumentado entre duas a três vezes para arrependimento em relação à doação naqueles em que, ao decorrer do transplante, houve perda do enxerto ou morte do receptor.⁽⁴³⁻⁴⁵⁾

A preocupação com a saúde do receptor é um fator que costuma gerar maior nível de ansiedade ao doador, apesar dos achados não indicarem resultados significativos. Essa ansiedade é explicada por anseios associados à possibilidade de rejeição renal, efeitos perioperatórios e complicações pós-operatórias.^(11, 42)

O evento desfavorável no receptor também pode ser considerado como risco aumentado para depressão. A morte de receptores foi relacionada a um aumento de 123% no risco relativo de diagnóstico subsequente de depressão e a

perda de enxerto foi associada a um aumento de 230%, ambos em caso de doadores não aparentados.^(36, 47)

A morte do receptor e a perda do enxerto foram associadas de duas a três vezes ao risco relativo de diagnóstico de depressão subsequente entre doadores não relacionados. Além do mais, para este mesmo desfecho, houve tendência para o aumento dos diagnósticos de depressão entre os doadores conjugais.⁽³⁶⁾

Para isso, a pesquisa referida acima expõe a hipótese de que em um relacionamento que não seja parente de sangue de primeiro grau, há uma tendência quase significativa em direção ao aumento das chances de perceber a experiência como mais estressante.⁽³⁶⁾

Atualmente, acreditamos que o consentimento informado e os cuidados pós-doação devem atender ao impacto potencial das complicações perioperatórias e dos resultados dos receptores na saúde mental do doador.⁽³⁶⁾

Observa-se ainda que as complicações médicas experimentadas não só pelo receptor, mas também pelo doador, é um fator de risco para deterioração da saúde mental dos doadores após a doação de rim, já que pode estar relacionada a um aumento dos sintomas psicológicos.^(16, 34)

Com base nesses resultados, recomenda-se que profissionais monitorem a saúde mental dos doadores renais que experimentam complicações consigo e com os receptores, exigindo atenção extra em caso de resultados médicos negativos extremos, como a perda do enxerto ou morte dos receptores.^(11, 16)

Sabe-se ainda, a importância de educar potenciais doadores vivos sobre os riscos de complicações após doação / transplante e o potencial impacto na saúde mental. Isso está alinhado com conclusões de pesquisas anteriores que relatam que melhorar o processo de consentimento informado dos doadores contribuirá para resultados psicológicos positivos após a doação, por exemplo, aumentará as expectativas realistas antes da doação e reduzirá da ambivalência na decisão sobre doar.⁽¹⁶⁾

O desemprego se mostrou um fator de risco ao bem-estar: os doadores empregados apresentaram maior efeito positivo durante o processo de doação do que os doadores aposentados, desempregados ou com trabalho voluntário.⁽¹⁶⁾

Além do impacto psicossocial, as consequências financeiras da doação por órgãos vivos receberam maior atenção nos últimos anos. Embora continuem a

existir lacunas na compreensão dessas consequências, há um aumento no reconhecimento de que são importantes para os doadores e merecem atenção e cuidados dos profissionais de transplante.⁽²⁵⁾

Assim, não apenas os pesquisadores procuraram fornecer dados para delinear completamente essas repercussões financeiras da doação, mas conferências de consenso consideraram essas questões visando o desenvolvimento de diretrizes e política nacional.⁽²⁵⁾

O Consenso dos Doadores Vivos determina que dentre os objetivos da avaliação para seleção do doador, há a necessidade de um olhar para o contexto social, dentre outros, a inclusão dos aspectos financeiros e a capacidade do doador e família a lidar com essas dificuldades, já que essas se classificam como uma instabilidade social que pode inviabilizar a doação de órgãos e que também está ligada diretamente com preditores de sintomas depressivos.^(12,15)

Os impactos financeiros da doação abrangem custos diretos; salários perdidos ou perda de emprego; insegurança no trabalho, dificuldades em manter a saúde e o seguro de vida; viagens pagas até a instituição de saúde, bem como dificuldades que podem ser mais difíceis de avaliar empiricamente (por exemplo, aquelas que refletem a capacidade de absorver custos).^(12, 25)

Este ainda é um assunto pouco explorado, no entanto, estudos têm mostrado que as preocupações com o impacto financeiro da doação afeta a busca de transplante de doador vivo por receptores e doadores, além dos programas de transplante.⁽²⁵⁾

Como exemplo dessa repercussão, verifica-se que dois terços dos candidatos a transplante de rim relatam preocupações sobre esses efeitos e mais de um terço dos programas de transplante de rim e fígado de doadores vivos relataram que os próprios doadores em potencial recusaram a opção de doação devido a reservas sobre finanças e segurabilidade.⁽²⁵⁾

Proporções significativas de doadores relatam custos e dificuldades financeiras atribuíveis à doação e recuperação da cirurgia. Essas consequências econômicas podem ser consideradas como um desincentivo para alguns doadores.^(25, 48)

Em um estudo canadense longitudinal sobre as perdas financeiras dos doadores através da doação de rim, foram relatados despesas com viagens, acomodação hospitalar, redução de produtividade no trabalho e perdas de salário,

este último, atribuído por 47% dos doadores. Naqueles que experimentaram perda salarial, a média-número de dias e renda perdida foram 20 e \$4567.⁽⁴⁸⁾

Aproximadamente 45% dos doadores experimentaram diretamente consequências econômicas atribuíveis à doação de rim vivo, um terço deles experimentaram uma grande carga econômica.⁽⁴⁸⁾

Em contra ponto, outro estudo apesar de observar mudanças no emprego causadas pelo estado de saúde em 6.1% dos doadores, o status socioeconômico, incluindo atividades profissionais, renda e seguro médico, permaneceram inalterados, assim como em outra pesquisa brasileira longitudinal brasileira, que notou pouco ou nenhum comprometimento financeiro, com retorno dos doadores às suas atividades entre o primeiro e segundo mês.^(10, 15)

Alguns autores defendem o retorno financeiro para aqueles doadores que tiveram prejuízos econômicos com a doação, apesar de reconhecerem que este assunto ainda é controverso e não recomendado pela OMS.^(8,48)

Estratégias para minimizar o fardo financeiro, como por exemplo, encorajar os empregadores a apoiar doadores vivos e iniciativas baseadas em políticas públicas que garantam a cobertura de saúde a longo prazo, são condutas que poderiam beneficiar os doadores.^(25,49)

Por fim, verificaram-se algumas características não recorrentes neste estudo, como a pandemia por COVID-19, que deve trazer menor impacto em estudos futuros.

Sobretudo, considera-se que esforços para evitar complicações nos doadores vivos devem ser otimizados, através da seleção de receptores de menor risco.

Adicionalmente, recomenda-se que a possibilidade de desemprego após doação deve ser reforçada na avaliação pré-transplante, informando o possível impacto desta variável no bem-estar futuro do candidato a doador.

O ponto forte deste estudo foi a criação de um escore de bem-estar utilizando escalas de qualidade de vida, ansiedade, depressão e apoio social, consagradas e validadas. Este escore reflete o bem-estar num único modelo evitando o problema das múltiplas comparações frequentes em trabalhos de análises sociais e psicológicas. Futuras pesquisas podem utilizar os valores deste estudo para desenhar estudos prospectivos mais robustos.

5.2 - Limitações do estudo

A principal limitação foi o número reduzido de casos não atingindo o número proposto pelo tamanho amostral previamente calculado. Apesar desta limitação, importantes questionamentos foram levantados desta análise, tais como o bem-estar do doador ligado a características externas (pandemia COVID-19) e evolução do receptor.

Conclusão

6. CONCLUSÃO

A doação renal foi segura com relação ao bem estar do doador após 12 meses, apesar da identificação de um grupo de doadores de maior risco que podem apresentar algum prejuízo do seu bem-estar após a doação. Esses doadores devem ser mais bem avaliados em estudos futuros.

Ademais, a identificação de grupos de risco psicossociais à doação renal é essencial, sendo esses fatores norteadores da prática da avaliação psicológica para seleção dos candidatos à doação.

Uma avaliação psicológica cuidadosa, realizada através de medidas standardizadas, com protocolos estruturados baseados em evidências científicas, além de auxiliar na seleção desses doadores, facilita a uma prática de assistência integrada e humanizada, de forma a dar subsídios para o suporte e acompanhamento mais próximo dos doadores que demonstrarem maior risco psicossocial, favorecendo então, ao melhor bem-estar no período de adaptação à recuperação da doação e ao longo do tempo.

Acrescido ao cuidado com a saúde mental do doador, que é responsabilidade de todos os profissionais envolvidos nesse processo, preza-se também pela importância da discussão e implementação de políticas voltadas a seguridade social deste doador.

Referências Bibliográficas

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva SB, Caulliraux HM, Araújo CAS, Rocha E. Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2016, 32 (6): 1-13.
2. National Kidney Foudation. (K/DOQI). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002; 39:(Supl 2):S1-S246
3. Czyzewski T, Sanko-Resmer J, Wygal J, Kurowski A. Assessment of Health-Related Quality of Life of Patients after Kidney Transplantation in Comparison with Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. *Ann Transplant.* 2014; 19: 576-585.
4. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. *Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.)* 2019;41(2):208-2.
5. Alcade PR, Kirsztajn GM. Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica. *Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.)* 2018; 40(2):122-129
6. Mehr P, Hami M, Eshgh M. Anxiety and Depression: a comparison between livink and Cadaveric Renal Transplant Recipients. *Int J Org Transplant Med* 2011; 2 (4):178 -183
7. Lopes A, Frade L, Teixeira C, Oliveira M, Almeida L, Henriques AC. Depression and Anxiety in Living Kidney Donation: Evaluation of Donors and Recipients. *Transplantation Proceedings* 2011, 43: 131–136.
8. Glotzer OS, Singh TP, Gallichio MH, Conti DJ, Siparsky NF. Long-Term Quality of Life After Living Kidney Donation. *Transplantation Proceedings* 2013, (45): 3225-3228.
9. Registro Brasileiro de Transplantes. Ano XXV Nº 3– Janeiro/Setembro 2019 (www.abto.org.br).
10. Garcia MFFM, Andrade LGM, Carvalho MFC. Living kidney donors – a prospective study of quality of life before and after kidney donation. *ClinTransplant* 2013: 27: 9–14.

11. Pérez-San-Gregorio MA, Fernández-Jiménez E, Luque-Budia A, Martín-Rodríguez A. Anxiety and concerns in Spanish living kidney donor candidates. *Inter.J of Psychiatry in Medicine* 2015, 50(2): 163–177.
12. Abecassis M, Adams P, et al. al. Live Organ Donor Consensus Group. Consensus statement on the live organ donor. *JAMA* 2000; Dec; 284(22): 2919-2926.
13. Kroencke S, Fischer L, Nashan B, Henrich L, Schulz KH. A prospective study on living related kidney donors' quality of life in the first year: choosing appropriate reference data. *Clin Transplant* 2012, 26: E418-E427.
14. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. *Transplantation*, Aug. 2017, 101 (8S): S1-S109.
15. Sommerer C, Feuerstein D, Dikow R, Rauch G, Hartmann M, Schaier M, et al. Psychosocial and physical outcome following kidney donation—a retrospective analysis. *Transplant International* 2015, Jan; 28(4): 416-428.
16. Timmerman L, Timman R, Laging M, Zuidema, WC, Beck DK, Izermans JN, et al. Predicting mental health after living kidney donation: The importance of psychological factors. *British J of Health Psychology* 2016, 21, 533–554.
17. Maple, H. Chilcot J, Weinman J, Mamode N. Psychosocial wellbeing after living kidney donation – a longitudinal, prospective study. *Transplant International* 2017; 30: 987–1001.
18. De Groot I, Stiggelbout AM, Boog PJM, Baranski AG, Mheen MM. Reduced quality of life in living kidney donors: association with fatigue, societal participation and pre-donation variables. *Transp. Inter.* 2012, 25: 967–975.
19. Duerinckx N, Timmerman L, Gogh J, Busschbach J, Ismail SY, Massey EM, et al. Predonation psychosocial evaluation of living kidney and liver donor candidates: a systematic literature review. *Transp. Inter.* 2014, Jan; 27(1): 2-18.

20. Oguten EG, Barlas IS, Akin EB. Mental Distress Symptoms and Life Satisfaction Among Living Kidney Donors: Frequency and Association With Subjective Evaluations. *Transplantation Proceedings* 2019, 51: 2232-2236.
21. Pollmann I, Gueler F, MikuteitcM, Nohre M, Richter N, Weissenborn K, et al. Adaptive Personality Traits and Psychosocial Correlates among Living Kidney Donors. *Frontiers in Psychiatry*, Oct 2017, 8(210).
22. Jowaey SG, Jacobs C, Gross CR, Hong BA, Messersmith EE, Gillespie BW, et al. Emotional Well-being of Living Kidney Donors: Findings from the RELIVE Study. *Am J Transplant*. 2014 November; 14(11): 2535–2544.
23. Wirken L, Middendorp H, Hooghof CW, Rovers MM, Hoitsma AJ, Hilbrands LB, et al. The Course and Predictors of Health-Related Quality of Life in Living Kidney Donors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American J of Transplantation* 2015; 15: 3041–3054.
24. Jacobs CL, Gross CR, Messersmith EE, Hong BA, Gillespie BW, Hill-Callahan P, et al. Emotional and Financial Experiences of Kidney Donors over the Past 50 yeras: The Relive Study. *Clin J Am Soc Nephrol* 2015, Dec. 10 (12) 2221-2231.
25. Dew MA, Myaskovsky L, Steel JL, DiMartini AF. Managing the Psychosocial and Financial Consequences of Living Donation. *Curr Transplant Rep*. 2014, Mar. 1; 1(1): 24–3.
26. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
27. Sherbourne CD, Steward A. The MOS Social Suport Survey. *Soc Sci Med*. 1991;32(6):705-14.
28. Zanini DS, Peixoto EM. Escala de apoio social (MOS-SSS): proposta de normatização com referência nos itens. *Paidéia*. 2018, 26 (1): 387-399.
29. HENRIQUE, LFS, De Micheli D, De Lacerda RB, De Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *RevAssocMedBras* 2004, 50(2): 199-206.

30. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “medical outcomes study 36 – item - short –form health survey (SF-36). São Paulo. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina de São Paulo da Universidade Federal de São Paulo. 1997.
31. Julious, SA. Sample sizes of clinical trials with Normal data. *Statist. Med.* 2004; 23:1921-1986.
32. Rodrigue JR, Schold JD, Morrissey P, Whiting J, Vella J, Kayler LK et al. Mood, Body Image, Fear of Kidney Failure, Life Satisfaction, and Decisional Stability Following Living Kidney Donation: Findings from the KDOC Study. *Am J Transplant.* 2018 Jun; 18(6): 1397-1407.
33. Virzì A, Signorelli MS, Veroux M, et al. Depression and quality of life in living related renal transplantation. *Transplant Proc.* 2007;39(6):1791-1793.
34. Klop KWJ, Timman R, Busschbach JJ, et al. Multivariate Analysis of Health-related Quality of Life in Donors After Live Kidney Donation. *Transplant Proc.* 2018;50(1):42-47.
35. Lipp MEN. Transtorno de Adaptação. *Bol. Acad. Paul. de Psicol.*, 2007, vol.27, n.1, pp. 72-82.
36. Lentine KL, Schnitzler MA, Xiao H, et al. Depression diagnoses after living kidney donation: linking U.S. Registry data and administrative claims. *Transplantation.* 2012; 94(1):77-83.
37. Nishimura N, Kobayashi S, Ishigooka, J. Psychiatric history in living kidney donor candidates. *Curr Opin Organ Transplant.* 2012 Apr;17(2):193-7.
38. Serafini G, Parmigiani B, Amerio A, Aguglia A, Sher L, Amore M. The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *International Journal of Medicine* 2020, 113(8): 531–537.
39. Oliveira WK de, Duarte E, França GVA de, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2020, 29(2): 2020044.

40. Registro Brasileiro de Transplantes. Ano XXVI Nº 2– Janeiro/Junho 2020 (www.abto.org.br)
41. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence [publicação online]. Brain Behav Immun, 2020 May 30.
42. Out A, Charles CH, Yaya S. Mental health and psychosocial well-being during the COVID-19 pandemic: the invisible elephant in the room. Otu et al. Int J Ment Health Syst 2020, 14:38
43. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. Asian Journal of Psychiatry 2020, 52: 102066.
44. Kisch AM, Forsberg A, Fridh I, Almgren M, Lundmark M, Lovén C. The Meaning of Being a Living Kidney, Liver, or Stem Cell Donor—A Meta-Ethnography. Transplantation 2018, 102(5): 744-756
45. Meyer K, Wahl AK, Bjørk IT, Wisløff T, Hartmann A, Andersen MH. Long-term, self-reported health outcomes in kidney donors. BMC Nephrol. 2016; 17: 8
46. Tong A, Chapman JR, Wong G, Kanellis J, McCarthy G, Craig JC. The motivations and experiences of living kidney donors: a thematic synthesis. Am J Kidney Dis. 2012;60(1): 15–26.
47. Holscher CM, Leanza J, Thomas AG, et al. Anxiety, depression, and regret of donation in living kidney donors. BMC Nephrol. 2018;19(1):218.
48. Klarenbach S, Gill JS, Knoll G, et al. Economic consequences incurred by living kidney donors: a Canadian multi- center prospective study. Am J Transplant. 2014;14:916-922.
49. Manera KE, Hanson CS, Chapman JR, Kanellis J, Gill J, Craig JC, Chadban, et al. Expectations and Experiences of Follow-up and Self-Care After Living Kidney Donation: A Focus Group Study. Transplantation 2017, 101(10): 2627-2635

Anexos

8. ANEXOS

8.1 - Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “Aspectos psicossociais após 12 meses da doação renal em doadores vivos. Estudo colaborativo do Estado de São Paulo”, que será desenvolvido por mim Thainá D. Previatto, psicóloga, com orientação do profissional médico e Professor Dr. Luis Gustavo Modelli Andrade da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Este estudo tem por objetivo comparar os aspectos psicossociais dos doadores renais, como o nível de ansiedade, os sintomas depressivos, o apoio social, o consumo abusivo de álcool/drogas e a qualidade de vida em três tempos diferentes: anterior a doação (nefrectomia), após 3 meses e após 12 meses da doação renal.

Caso o(a) Senhor (a) esteja de acordo em participar deste mesmo estudo, será necessário responder alguns questionários, o que poderá levar cerca de 20 minutos de duração.

O benefício do estudo será o contato mais próximo do participante com a psicóloga do serviço através de atendimentos com agendamentos prévios, proporcionando a avaliação de possíveis alterações do estado emocional (ansiedade, tristeza, desânimo, falta de apoio familiar/social, abuso do consumo de álcool/drogas).

Observa-se ainda que caso seja verificada essas alterações, será disponibilizado o devido suporte emocional por meio de atendimentos psicológicos (escuta e intervenções) e quando necessário, os devidos encaminhamentos serão oferecidos.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seu tratamento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____ / ____ / ____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Nome: Thainá Dejavite Previatto Altran

Endereço: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, s/n, Distrito de Rubião Junior, Botucatu, SP

Telefone: (14)3811-6547

Email: thatapreviatto@hotmail.com

Nome: Luis Gustavo Modelli Andrade

Endereço: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, s/n, Distrito de Rubião Junior, Botucatu, SP

Telefone: (14)3811-6547

Email: gustavo.modelli@unesp.br

8.2 - Anexo II - Escala de Depressão de Beck (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto fracassado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enjoado de mim 3 Eu me odeio
2	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 que as coisas não podem melhorar	8	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
3	0 Não me sinto fracassado 1 Acho que fracassei mais que uma pessoa comum 2 Quando eu olho para trás na minha vida, tudo o que eu posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer ideias de me matar 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	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 não consigo, mesmo que o queira

5	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	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
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que posso ser punido 3 Acho que estou sendo punido	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 meu interesse pelas outras pessoas
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	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
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	19 0 Não tenho perdido muito 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

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	20 0 Não estou mais preocupado com a 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
16	0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 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	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
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	

8.3 - Anexo III - Escala de Ansiedade Traço e Estado (IDATE)

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

IDATE-E (Estado) Muitíssimo=04	Absolutamente não=01Um pouco=02 Bastante=03			
1- Sinto-me calmo	1	2	3	4
2- Sinto-me seguro	1	2	3	4
3- Estou Tenso	1	2	3	4
4- Estou arrependido	1	2	3	4
5- Sinto-me a vontade	1	2	3	4
6- Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7- Estou preocupado com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8- Sinto-me descansado	1	2	3	4
9- Sinto-me ansioso	1	2	3	4
10- Sinto-me “em casa”	1	2	3	4
11- Sinto-me confiante	1	2	3	4
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 descontraído	1	2	3	4
16- Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
17- Estou preocupado	1	2	3	4
18- Sinto-me super excitado e confuso	1	2	3	4
19- Sinto-me alegre	1	2	3	4
20- Sinto-me bem	1	2	3	4

Escore Total IDATE-E: _____

(5-Q1)+(5-Q2)+Q3+Q4+(5-Q5)+Q6+Q7+(5-Q8)+Q9+(5-Q10)+(5-Q11)+Q12+Q13+Q14+(5-Q15)+(5Q16)+Q17+Q18+(5-Q19)+(5-Q20)

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número a direita que melhor indicar como você se sente na maior parte das vezes. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente geralmente.

IDATE-T (Traço) Quase Sempre=04	Quase nunca=01 As vezes=02 Frequentemente=03			
1- Sinto-me bem	1	2	3	4
2- Canso-me facilmente	1	2	3	4
3- Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4- Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5- Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6- Sinto-me descansado	1	2	3	4
7- Sinto-me calmo, poderoso e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
8- Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9- Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10- Sou feliz	1	2	3	4
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	1	2	3	4
14- Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15- Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16- Estou satisfeito	1	2	3	4
17- As vezes idéias sem importância me entram na cabeça e ficam-se preocupando	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	1	2	3	4
20- Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

Escore Total IDATE-T: _____

(5-Q1)+Q2+Q3+Q4+Q5+(5-Q6)+(5-Q7)+Q8+Q9+(5-Q10)+Q11+Q12+(5-Q13)+Q14+Q15+(5-Q16)+Q17+Q18+(5-Q19)+Q20

8.4 - Anexo IV - Medical Outcomes Study (MOS)

Se você precisar, com que frequência você 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?					

8.5 - Anexo V - Teste de Triagem do Envolvimento com Bebidas alcóolicas, Cigarro e Fármacos (ASSIST)

As perguntas que se seguem são sobre a sua experiência quanto ao uso de álcool, produtos de tabaco e outras drogas ao longo da sua vida e nos últimos três meses. Estas substâncias podem ser fumadas, engolidas, aspiradas, inaladas ou injetadas (mostre o cartão de resposta).

Alguns dos fármacos nesta lista podem ser receitados por um médico (tal como anfetaminas, sedativos, medicamentos para dores). Para esta entrevista, **não** vamos registar medicamentos tomados conforme **receitados** pelo seu médico. Contudo, se tomou tais medicamentos por outras razões **para além** das da receita, ou se os tomou mais frequentemente, em maiores doses do que o receitado ou de um modo para os quais não foi destinado, por favor informe-me.

Embora estejamos também interessados em ter conhecimento do seu uso de várias drogas ilegais, por favor fique assegurado que a informação sobre o tal uso será tratada de um modo totalmente confidencial.

1. Na sua vida, quais dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	Não	Sim
a) Derivados de tabaco	0	3
b) Bebida alcoólica	0	3
c) Maconha	0	3
d) Cocaína, crack	0	3
e) Anfetamina ou êxtase	0	3
f) Inalantes	0	3
g) Hipnóticos/sedativos	0	3
h) Alucinógenos	0	3
i) Opióides	0	3
j) Outras, especificar	0	3

- Senão em todos os itens, investigue: Nem mesmo quando estava na escola:
- Se “**Não**” em todos os itens, pare a entrevista
- Se “**SIM**” para alguma droga, continue com as demais questões

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS:

a) produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
b) bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
c) maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
d) cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
e) estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
f) inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
g) hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
h) alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
i) opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
j) outras – especificar:

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
a) Derivados de tabaco	0	2	3	4	6
b) Bebida alcoólica	0	2	3	4	6
c) Maconha	0	2	3	4	6
d) Cocaína, crack	0	2	3	4	6
e) Anfetamina ou êxtase	0	2	3	4	6
f) Inalantes	0	2	3	4	6
g) Hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h) Alucinógenos	0	2	3	4	6
i) Opióides	0	2	3	4	6
j) Outras, especificar	0	2	3	4	6

Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
a) Derivados de tabaco	0	3	4	5	6
b) Bebida alcoólica	0	3	4	5	6
c) Maconha	0	3	4	5	6
d) Cocaína, crack	0	3	4	5	6
e) Anfetamina ou êxtase	0	3	4	5	6
f) Inalantes	0	3	4	5	6
g) Hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h) Alucinógenos	0	3	4	5	6
i) Opióides	0	3	4	5	6
j) Outras, especificar	0	3	4	5	6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
a) Derivados de tabaco	0	24	5	6	7
b) Bebida alcoólica	0	2	5	6	7
c) Maconha	0	2	5	6	7
d) Cocaína, crack	0	2	5	6	7
e) Anfetamina ou êxtase	0	2	5	6	7
f) Inalantes	0	2	5	6	7
g) Hipnóticos/sedativos	0	2	5	6	7
h) Alucinógenos	0	2	5	6	7
i) Opióides	0	2	5	6	7
j) Outras, especificar	0	2	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente ^e	Diariamente ou quase todos os dias
a) Derivados de tabaco	0	5	6	7	8
b) Bebida alcoólica	0	5	6	7	8
c) Maconha	0	5	6	7	8
d) Cocaína, crack	0	5	6	7	8
e) Anfetamina ou êxtase	0	5	6	7	8
f) Inalantes	0	5	6	7	8
g) Hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h) Alucinógenos	0	5	6	7	8
i) Opióides	0	5	6	7	8
j) Outras, especificar	0	5	6	7	8

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) ?	Não, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a) Derivados de tabaco	0	3	6
b) Bebida alcoólica	0	3	6
c) Maconha	0	3	6
d) Cocaína, crack	0	3	6
e) Anfetamina ou êxtase	0	3	6
f) Inalantes	0	3	6
g) Hipnóticos/sedativos	0	3	6
h) Alucinógenos	0	3	6
i) Opióides	0	3	6
j) Outras, especificar	0	3	6

FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) e não conseguiu?	Não, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a) Derivados de tabaco	0	3	6
b) Bebida alcoólica	0	3	6
c) Maconha	0	3	6
d) Cocaína, crack	0	3	6
e) Anfetamina ou êxtase	0	3	6
f) Inalantes	0	3	6
g) Hipnóticos/sedativos	0	3	6
h) Alucinógenos	0	3	6
i) Opióides	0	3	6
j) Outras, especificar	0	3	6

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
------------	--------------------------	----------------------------------

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA:

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
a) produtos do tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
b) bebidas alcóolicas			11-26	27 ou mais
c) maconha		0-3	4-26	27 ou mais
d) cocaína, crack		0-3	4-26	27 ou mais
e) estimulantes como anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
f) inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
g) hipnóticos, sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
h) alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
i) opiáceos		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica. Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui. Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c. Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

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

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

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

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3 - Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a 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 1 quilômetro	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 seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

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

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

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou 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 à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

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

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

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

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

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	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 sentindo cheio de vigor, de vontade, 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 ou 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 ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você	1	2	3	4	5	6

tem se sentido esgotado?						
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

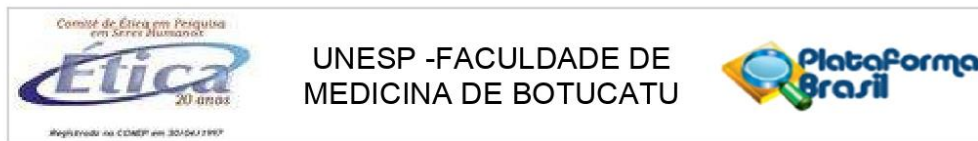
10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

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

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco 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 a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

8.7 - Anexo VII - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aspectos psicossociais após 12 meses da doação renal em doadores vivos. Estudo colaborativo do Estudo de São Paulo

Pesquisador: Thainá Dejavitte Previatto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03062818.6.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.095.220

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa com pendências, onde o pesquisador discorre sobre o transplante renal, que é uma das terapias renais substitutivas, que surge como uma proposta alternativa à diálise, considerado por alguns autores como o melhor método de tratamento. Em um esforço para atender a numerosa população em lista de espera para transplante, tem-se recorrido ao transplante intervivos, ou seja, com doadores vivos, que tem como benefícios o baixo risco para o doador, a maior sobrevida do enxerto, a maior compatibilidade de HLA, o regime de imunossupressores reduzido e o menor tempo de isquemia fria. Entretanto os doadores podem experimentar algumas situações estressoras ao longo deste processo, que podem resultar em depressão. Assim, evidencia-se a importância do acompanhamento psicológico regular após a doação com o intuito de colaborar para melhor estabilidade dos domínios referentes à qualidade de vida, bem como prevenir possíveis agravos nos aspectos psicossociais. O objetivo é comparar os aspectos psicossociais dos doadores renais antes da nefrectomia, após 3 meses e após 12 meses da doação renal.

Trata-se de um estudo quantitativo, prospectivo, longitudinal e comparativo a ser realizado no HCFMB e outros centros transplantadores colaboradores, do Estado de São Paulo, que serão convidados a participar do estudo. A população do estudo será composta por 54 doadores renais, maiores de 18 anos. Serão excluídos os que não completarem os instrumentos em alguma das fases propostas (pré-nefrectomia, três e doze meses), ou que tenha algum déficit cognitivo e de

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

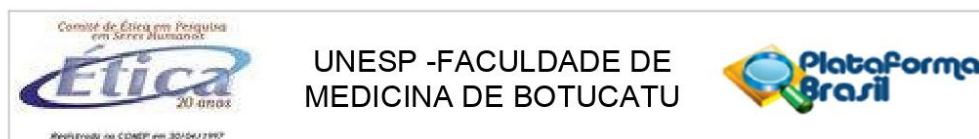
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.095.220

comunicação que impeça a realização dos mesmos instrumentos.

A aplicação dos instrumentos (Protocolo de variáveis sociodemográficas, Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Medical Outcomes Study (MOS), Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), Medical Outcomes Study - Short Form Health Survey (SF-36)), em sua totalidade, será feita por um mesmo pesquisador, durante as consultas agendadas em ambulatório e de forma individual, buscando uma situação de privacidade com o sujeito participante. Caso seja observado sofrimento emocional em algum desses indivíduos, será oferecido o devido suporte psicológico.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Comparar os aspectos psicossociais (ansiedade, depressão, apoio social, abuso de álcool/drogas e qualidade de vida) dos doadores renais antes da nefrectomia, após 3 meses e após 12 meses da doação renal.

Objetivos Secundários:

- Caracterizar os doadores renais segundo variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil, ocupação e grau de parentesco com o receptor);
- Estimar a prevalência dos aspectos psicossociais de acordo com instrumentos validados para esta população.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os pesquisadores informam que não há riscos.

Benefícios: o estudo proporcionará a possibilidade de re-avaliações dos aspectos psicológicos e sociais após a doação, sendo oferecido suporte psicológico, em caso de sofrimento emocional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, elaborada adequadamente. Contém todas as definições metodológicas necessárias para sua realização. Os gastos serão de R\$ 1.000,00, com financiamento próprio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto estava pendente para adequação e inclusão da folha de rosto, anuência do HCFMB e TCLE, que foram atendidos pelo pesquisador.

Foram apresentados adequadamente os documentos:

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

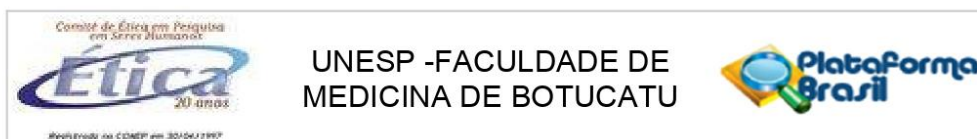
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.095.220

- folha de rosto
- anuência da instituição: FMB e HCFMB
- projeto de pesquisa
- cronograma da pesquisa
- TCLE: está em forma de convite conforme determina a Resolução nº466/2012 e em linguagem clara e acessível.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em reunião extraordinária, o Colegiado deliberou APROVADO o projeto de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião extraordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 18 de dezembro de 2018, o projeto encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP.

No entanto, informamos que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via sistema Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Oficio_ao_CEP.docx	13/12/2018 10:49:11	SARA ROSA STANLEY SAMPAIO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1242369.pdf	13/12/2018 10:40:26		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_thaina.pdf	13/12/2018 10:39:55	Thainá Dejavite Previanto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_HC_FMB.pdf	11/12/2018 16:43:26	SARA ROSA STANLEY SAMPAIO	Aceito
Parecer Anterior	parecer.pdf	09/12/2018	Thainá Dejavite	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

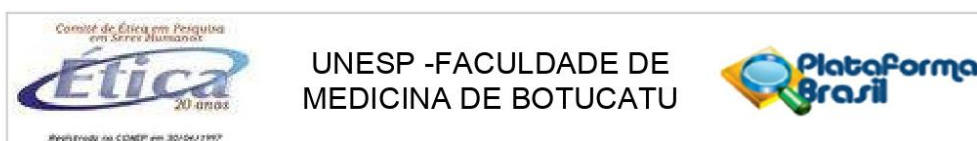
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.095.220

Parecer Anterior	parecer.pdf	21:45:19	Previatto	Aceito
Outros	pendencia.docx	09/12/2018 21:42:06	Thainá Dejavite Previatto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoX.docx	09/12/2018 21:41:37	Thainá Dejavite Previatto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo1.docx	09/12/2018 21:19:49	Thainá Dejavite Previatto	Aceito
Outros	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	30/10/2018 10:16:44	Thainá Dejavite Previatto	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	19/10/2018 14:48:37	Thainá Dejavite Previatto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 19 de Dezembro de 2018

Assinado por:

SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br