

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO

FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU

Programa de Pós-Graduação em
Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

Maria Fernanda Assis Ribas

**ASPECTOS COGNITIVOS, EMOCIONAIS E QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES RENAI CRÔNICOS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO**

BAURU

2020

Maria Fernanda Assis Ribas

**ASPECTOS COGNITIVOS, EMOCIONAIS E QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, da Faculdade de Ciências- Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho-UNESP, câmpus de Bauru, como requisito à obtenção do título de Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Área de concentração: Desenvolvimento: comportamento e saúde.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Flávia Heloisa Dos Santos.

BAURU

2020

Ribas, Maria Fernanda Assis.

Aspectos Cognitivos, Emocionais e Qualidade de Vida
de Pacientes Renais Crônicos e Estratégias de
Enfrentamento / Maria Fernanda Assis Ribas, 2020
99 f. : il.

Orientadora: Flávia Heloísa Dos Santos

Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual
Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2020

1. Doença Renal Crônica. 2. Hemodiálise. 3.
Transtorno Neurocognitivo Leve. I. Universidade
Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

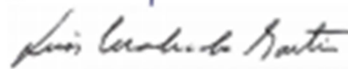
ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE MARIA FERNANDA ASSIS RIBAS, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU

Aos 21 dias do mês de agosto do ano de 2020, às 09:00 horas no(a) Faculdade de Ciências (Unesp - Campus de Bauru), reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. FLÁVIA HELOÍSA DOS SANTOS - Orientador(a) do(a) School of Psychology / University College Dublin, Prof. Dr. LUIS CUADRADO MARTIN do(a) Departamento de Clínica Médica / Faculdade de Medicina (Unesp/Botucatu), Profa. Dra. SANDRA LEAL CALAIS do(a) Departamento de Psicologia / Unesp, Faculdade de Ciências, Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de MARIA FERNANDA ASSIS RIBAS, intitulada '**Aspectos Cognitivos, Emocionais e Qualidade de Vida de Pacientes Renais Crônicos e Estratégias de Enfrentamento**'. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: **APROVADA**. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. FLÁVIA HELOÍSA DOS SANTOS



Prof. Dr. LUIS CUADRADO MARTIN



Profa. Dra. SANDRA LEAL CALAIS



AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Dra. Flávia Heloísa Dos Santos, por toda dedicação, paciência, incentivo e pelos valiosos ensinamentos, principalmente por acreditar e confiar no meu desempenho como aluna na realização deste trabalho.

A banca Dr. Luís Martins Cuadrado e Dra. Sandra Leal Calais, por terem aceito o convite e pelas contribuições no meu trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências- Unesp Bauru, por toda colaboração e disponibilidade em atender minhas dúvidas e solicitações suscitadas ao longo deste processo.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação, por contribuírem na minha formação e no meu crescimento intelectual e profissional.

À FAMESP- Fundação para o Desenvolvimento Médico Hospitalar, pelo apoio em realizar a pesquisa.

Aos profissionais do setor do Centro de Terapial Renal Substitutiva, em especial a supervisora Josiane pelo suporte durante a coleta de dados e no auxílio da minha escala de trabalho para que eu cursasse as disciplinas. E a minha grande amiga, assistente social Ariane Michele, que foi meu apoio emocional e esteve sempre ao meu lado, gratidão!

As psicólogas e colegas de trabalho, Raquel, que me ajudou em várias etapas do mestrado; e a Ana Carolina no auxílio da coleta dos últimos dados, quando eu já não estava mais no Brasil, obrigada por toda sua ajuda.

Ao meu marido, por todo amor, compreensão, companheirismo, ajuda com o inglês, nos cuidados com o nosso menino, e acima de tudo, por me incentivar e acreditar na minha capacidade, principalmente nos meus momentos de crises, diante de tantas mudanças em nossas vidas nesses dois anos e seis meses. Garanto que foi mais leve por ter você, eu te amo!

Em especial ao meu filho, Arthur. A notícia maravilhosa da gravidez chegou junto com a minha aprovação do mestrado, ele foi meu maior companheiro durante todo esse período. Ser sua mãe foi a melhor coisa que me aconteceu nessa vida!

À minha mãe, por cuidar tão bem do meu filho quando eu precisava me ausentar, e principalmente meses antes da qualificação, com a minha mudança de país. Sem seu apoio, afeto e cuidado, seria impossível terminar essa etapa.

Aos amigos do Laboratório de Neuropsicologia da UNESP, em especial a Glória pelas dicas e ensinamentos nas análises estatísticas e a Paula, pelas trocas, desabafos, e acolhimento.

E finalmente, agradeço, sobretudo, aos pacientes participantes deste estudo, que lutam diariamente pela sobrevivência, que eles nunca desistam de lutar e que encontrem sempre pessoas capazes de cuidar, acolher e escutar. Obrigada!

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

RIBAS, M. F. A. **Aspectos cognitivos, emocionais e qualidade de vida de pacientes renais crônicos e estratégias de enfrentamento**. 2020. 99 f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem)- UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2020.

RESUMO

A hemodiálise (HD) é um método de Terapia Renal Substitutiva, que oferece melhora na sobrevida, entretanto, proporciona uma rotina rígida e impõe ao indivíduo limitações que afetam os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, com uma ruptura em seu estilo de vida. Os pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) apresentam alto risco de Transtorno Neurocognitivo Leve (TNL) que pode estar associado ao um quadro depressivo e afetar diretamente a percepção da qualidade de vida. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar o funcionamento cognitivo, emocional e a qualidade de vida de pacientes com DRC em hemodiálise, bem como suas estratégias de enfrentamento. O estudo investigou, ainda, as associações das características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos avaliados, com relação a TNL no que concerne aos sintomas de depressão e ansiedade, qualidade de vida e estratégias de enfrentamento. Participaram do estudo 59 pacientes de ambos os sexos, com idade de 20 a 65 anos, que realizavam HD no centro de terapia renal substitutiva de um Hospital Geral localizando no interior do estado de São Paulo. Tratou-se de um estudo de corte transversal em uma amostra por conveniência. Os dados foram coletados por meio de instrumentos que avaliaram as funções cognitivas, qualidade de vida, sintomas depressivos e ansiedade, e um inventário de estratégia de enfrentamento. A média etária dos pacientes foi $M = 47,38 (\pm 12,34)$ anos e a média de anos de estudos foi $M = 9,25 (\pm 3,59)$ anos. O estudo indicou alta prevalência de TNL (64,4%) mesmo em pacientes não idosos e com escolaridade mais baixa. O TNL esteve associado à baixa escolaridade ($p = 0,022$), sintomas de ansiedade ($p = <0,001$) e sintomas de depressão ($p = <0,001$). Além disso, ter menor escolaridade, sintomas de ansiedade e de depressão foram preditores de TNL. No entanto, o TNL não se associou à piora da qualidade de vida, embora, outras variáveis como depressão, ansiedade, sexo e idade se associaram com a qualidade de vida. E as estratégias de enfrentamento de pacientes com TNL associadas com a qualidade de vida foram piores do que de pacientes sem TNL.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica; Hemodiálise; Transtorno Neurocognitivo Leve.

RIBAS, M. F. A. **Cognitive, emotional and quality of life aspects of chronic kidney patients and coping strategies.** 2020. 99 f. Dissertation (Master in Developmental and Psychology and Learning)- UNESP, Sciences University, Bauru, 2020.

ABSTRACT:

Hemodialysis (HD) is a method of Substitutive Renal Therapy, which offers improved survival time. However, it provides a rigid routine and imposes limitations on the individual that affect biological, psychological, and social aspects, with a significant disruption in your lifestyle. Patients with Chronic Kidney Disease (CKD), they are at high risk for Mild Neurocognitive Disorder (mNCD) which may be associated with a depressive condition and directly affect the perception of quality of life. In this sense, the present study was aimed at assessing the cognitive, emotional functioning and quality of life of patients with CKD on hemodialysis, as well as their coping strategies. The study also investigated the associations of sociodemographic and clinical characteristics of the individuals assessed, relating mNCD to depression symptoms and anxiety, quality of life and coping strategies. The study included 59 patients of both genders, aged 20 to 65 years, who performed HD in the renal replacement therapy center of a general hospital located in an inland city of Sao Paulo state. It was a cross-sectional study in a convenience sample. Data were collected using instruments that assessed cognitive functions, quality of life, depressive symptoms and anxiety, and an inventory of coping strategies. The mean age of patients was $M = 47.38 (\pm 12.34)$ years, and the mean of years study was $M = 9.25 (\pm 3.59)$ years. The study indicated a high prevalence of mNCD (64.4%) even in non-elderly patients. mNCD was associated low education ($p = 0.022$), symptoms of anxiety ($p = <0.001$) and symptoms of depression ($p = <0.001$). In addition, to having less education, symptoms of anxiety and depression were predictors of mNCD. However, mNCD was not associated with worsening quality of life, although other variables such as depression, anxiety, sexual gender and age were associated with quality of life. And coping strategies for patients with mNCD associated with quality of life were worse than patients without mNCD.

Keywords: Chronic Kidney Disease; Hemodialysis; Mild Neurocognitive Disorder

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de inclusão dos pacientes no estudo.....	29
Figura 2: Grupos das medicações usadas pelos pacientes com DRC.....	42
Figura 3: Regressão linear do resultado do Moca total dos pacientes com DRC com o CFQ total.....	51
Figura 4: Regressão linear do resultado da HADS para sintomas de depressão dos pacientes com DRC com o CFQ.....	52
Figura 5: Regressão linear do resultado da HADS para sintomas de ansiedade dos pacientes com DRC com o CFQ.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de frequências e porcentagens dos dados sociodemográficos de pacientes com DRC.....	37
Tabela 2: Distribuição de frequências e porcentagens das variáveis clínicas do pacientes com DRC.....	40
Tabela 3: Médias ($\pm$ DP) da performance no MoCA por subtestes em pacientes com DRC	43
Tabela 4: Associação do desempenho de pacientes com DRC no MoCA com as variáveis sociodemográficas.....	44
Tabela 5: Média ($\pm$ DP) do desempenho no MoCA e por subtestes em relação ao TNL.....	45
Tabela 6: Relação entre TNL de pacientes com DRC e as variáveis sociodemográficas.....	46
Tabela 7: TNL de pacientes com DRC em relação aos dados clínicos.....	48
Tabela 8: Distribuição de frequências e porcentagens de sintomas de ansiedade e depressão de pacientes com DRC em relação ao TNL.....	50
Tabela 9: Regressão Linear Múltipla da variável TNL pelo MoCA em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes com DRC.....	53
Tabela 10: Regressão logística binária da variável TNL de pacientes com DRC e as variáveis escolaridade e renda.....	54
Tabela 11: Regressão logística binária da variável TNL de pacientes com DRC e as variáveis sociodemográficas e clínicas.....	54
Tabela 12: Regressão Linear Múltipla tendo como variável dependente a pontuação do CFQ dos pacientes com DRC em relação a variável sociodemográfica/escolaridade e sintomas de ansiedade e depressão.....	55
Tabela 13: Média ($\pm$ DP) do instrumento de qualidade de vida KDQOL-SF dos pacientes com DRC.....	55
Tabela 14: Pontuações Médias ($\pm$ DP) dos itens do KDQOL-SF de pacientes com DRC quanto aos sexos.....	57
Tabela 15: Pontuações das Médias ($\pm$ DP) dos itens do KDQOL-SF de pacientes com DRC comparadas com a faixa etária.....	59
Tabela 16: Pontuações Médias ($\pm$ DP) dos itens do KDQOL-SF de pacientes com DRC comparadas com a variável ocupação.....	62

Tabela 17: Pontuações Médias ($\pm$ DP) dos itens do KDQOL-SF de pacientes com DRC no que concerne à doença de base.....	65
Tabela 18: Pontuações Médias ($\pm$ DP) dos itens do KDQOL-SF de pacientes com DRC em relação aos sintomas e sem sintomas de ansiedade pelo HADS.....	67
Tabela 19: Pontuações Médias ($\pm$ DP) dos itens do KDQOL-SF de pacientes com DRC em relação aos sintomas e sem sintomas de depressão pelo HADS.....	68
Tabela 20: Regressão Linear Múltipla dos itens do KDQOL-SF de pacientes com DRC em relação às variáveis sociodemográficas, clínicas, sintomas de depressão e ansiedade.....	69
Tabela 21: Média (DP) dos domínios de <i>Coping</i> utilizadas pelos paciente com DRC.....	73
Tabela 22: Médias ($\pm$ DP) das estratégias de <i>Coping</i> dos pacientes com DRC comparadas ao sexos.....	73
Tabela 23: Médias ($\pm$ DP) das estratégias de <i>Coping</i> dos pacientes com DRC em relação ao transplante anterior.....	74
Tabela 24: Médias ($\pm$ DP) das estratégias de <i>Coping</i> dos pacientes com DRC comparadas com sintomas e sem sintomas de depressão.....	75
Tabela 25: Correlações de Spearman entre itens do KDQOL-SF e do Inventário de <i>Coping</i> em pacientes com TNL.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação Internacional de Doenças
CFQ	Cognitive Failures Questionnaire
CTRS	Centro de Terapia Renal Substitutiva
DM	Diabetes Mellitus
DP	Diálise Peritoneal
DRC	Doença Renal Crônica
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GNC	Glomerulonefrite Crônica
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HD	Hemodiálise
KDQOL-SF	Kidney Disease and Quality of Life Short-Form
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MoCA	Montreal Cognitive Assesment
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TFGe	Filtração Glomerular Estimada
TNL	Transtorno Neurocognitivo Leve
TRS	Terapia Renal Substitutiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Doença Renal Crônica	14
1.2 Aspectos neurocognitivos do paciente com DRC.....	17
1.3 Aspectos emocionais de pacientes com doença renal crônica	21
1.4 Estratégias de Enfrentamento de pacientes com DRC.....	23
2. OBJETIVOS.....	26
2.1 Objetivo Geral.....	26
2.2 Objetivos Específicos	26
2.1.1 Investigar a existência e a gravidade de déficits cognitivos em pessoas com DRC tratadas com TRS.....	26
2.1.2 Estudar a associação entre as funções cognitivas e as variáveis sociodemográficas, clínicas, aspectos emocionais, qualidade de vida e estratégias de enfrentamento.....	26
2.1.3 Estudar a associação entre as estratégias de enfrentamento e a qualidade de vida dos pacientes com e sem TNL.....	26
2.3 Hipóteses.....	26
3. MÉTODO.....	27
3.1 Delineamento	27
3.2 Local	27
3.3 Participantes.....	28
3.3.1 Recrutamento	28
3.4 Materiais	29
3.4.1 Formulário sociodemográfico e clínico (ANEXO A).....	29
3.4.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (ZIGMOND; SNAITH, 1983)	
30	
3.4.3 Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (NESREDDINE <i>et al.</i> , 2005)	30

3.4.4	Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (BERTOLUCCI <i>et al.</i> , 1994; BRUCKI <i>et al.</i> , 2013).....	31
3.4.5	Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) (BROADBENT; COOPER; FITZGERALD; PARKES, 1982)	31
3.4.6	Kidney Disease and Quality-of-Life Short Form (KDQOL-SF) (HAYS <i>et al.</i> , 1997) 31	
3.4.7	Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> (FOLKMAN; LAZARUS, 1984).....	32
3.5	Procedimentos de Coletas de dados	33
3.5	Análise Estatística.....	34
4.	RESULTADOS.....	37
4.1	Características Sociodemográficas	37
4.2	Variáveis Clínicas	39
4.3	Presença de Sintomas Depressivos e de Ansiedade.....	42
4.4	Avaliação neurocognitiva	43
4.4.1	Análise multivariada	53
4.5	Característica da População segundo qualidade de vida	55
4.6	Características da Estratégia de Enfrentamento.....	72
5.	DISCUSSÃO.....	78
5.1	Limitações.....	83
5.2	Pontos Fortes.....	83
	O estudo teve um amostra com pacientes não idosos e com resultados importantes sobre o TNL.....	83
5.3	Conclusões	83
6.	REFERÊNCIAS	85
	ANEXO A.....	95
	ANEXO B.....	97
	ANEXO C.....	99

1. INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DCR) é muito mais frequente do que se considerava há alguns anos (BASTOS *et al.*, 2010), estima-se que haja atualmente no mundo 850 milhões de pessoas com DRC causando pelo menos 2,4 milhões de mortes por ano, com uma taxa crescente de mortalidade (SBN, 2018).

Segundo o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) de 2018, existem cerca de 133.464 pacientes em diálise no Brasil.

1.1 Doença Renal Crônica

Os rins são órgãos essenciais, vitais e fundamentais para a manutenção do equilíbrio do corpo humano, órgãos responsáveis por eliminar as toxinas do sangue por um sistema de filtração, regulação da formação do sangue e dos ossos, regulação da pressão sanguínea e controle do delicado balanço químico e de líquidos no corpo (SBN, 2018).

A doença renal crônica se caracteriza pela lesão renal, perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina), os quais os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente (ROMÃO JR, 2004). A DRC tem evolução insidiosa e assintomática, principalmente nos seus estágios iniciais, doença cardiovascular e óbito prematuro são complicações da doença renal que podem ser prevenidas ou postergadas quando identificadas precocemente (BASTOS *et al.*, 2010).

Sendo assim, quando a sintomatologia se torna evidente, muitos são os sintomas que podem aparecer, sendo a pressão arterial elevada a mais frequente; - inchaço ao redor dos olhos e nas pernas, fraqueza constante, náuseas e vômitos frequentes, dor lombar, dificuldade para urinar, queimação ou ardor ao urinar, urinar muitas vezes principalmente à noite e com muita espuma (SBN, 2018).

As causas da DRC são multifatoriais, podendo ser decorrentes tanto de doenças primárias dos rins ou por doenças sistêmicas, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) as principais. Assim como outras etiologias podem estar implicadas, como as glomerulonefrites crônicas, obstrução do trato urinário, lesões renais de causa hereditária (rim policístico), agentes tóxicos e ocupacionais, infecções, nefrectomia e distúrbios vasculares (GONÇALVES *et al.*, 2015).

No estágio inicial, o tratamento da DRC é conservador, com uma dieta especial, porém sem expectativa de cura. No estágio de falência renal, ou seja, quando a função renal é

inferior a -10%, é indicada a Terapia Renal Substitutiva (TRS), sendo as mais comuns: Hemodiálise (HD), Diálise Peritoneal (DP) e Transplante Renal (GONÇALVES *et al.*, 2015). Esses tratamentos substituem parcialmente a função renal, aliviando os sintomas da doença, além de contribuírem para o aumento da sobrevida dos renais crônicos (MARTINS; CESARINO, 2005). Apesar dos tratamentos, ainda não existe a cura, ou seja, lidar com a cronicidade da doença e com as limitações impostas pelo tratamento torna-se necessário para esses pacientes, o que pode acarretar em importante impacto psicológico para esses indivíduos (BARROS, 2004; SILVA *et al.*, 2016).

Segundo dados do último Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2018), 92,2% dos pacientes realizam a HD e o diagnóstico de base desses pacientes corresponde à HAS em 34%, DM em 31%, Glomerulonefrite Crônica (GNC) em 9%, e a maioria dos pacientes tem entre 45 e 64 anos (41,5%).

A hemodiálise é realizada em nível ambulatorial em hospitais ou clínicas, em geral, três vezes por semana e as sessões têm duração em média de três a quatro horas. Consiste em um processo promovido por uma máquina que funciona como um rim artificial que filtra o sangue e equilibra o excesso de sais e líquidos. Este processo auxilia no controle da pressão arterial e no equilíbrio hídrico do organismo por meio da passagem do sangue por um dialisador capilar de fibra oca e é necessária uma via de acesso para a circulação sanguínea extracorpórea. Para tanto, faz-se necessária a utilização de um acesso vascular no paciente, que pode ser temporário (implante de um cateter instalado em veias centrais) ou permanente (confeção cirúrgica de uma fístula arteriovenosa ou enxertoarteriovenoso, preferencialmente no membro superior) (QUEIROZ, 2010; HAGEMANN, 2015; LIRA *et al.*, 2015).

O procedimento é potencialmente desconfortável, pois os pacientes frequentemente apresentam câimbras, náuseas e hipotensão durante ou após as sessões. Por isso, esses pacientes também devem aderir a mudanças em sua rotina, como uma alimentação controlada e diminuição de sal para consequentemente diminuir a ingestão hídrica (REIS, 2000; QUEIROZ, 2010; SBN, 2018).

O tratamento hemodialítico, em particular, é responsável por um cotidiano restrito, e impõe ao indivíduo limitações que afetam os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, com uma ruptura em seu estilo de vida, provocando a necessidade de adaptação frente a essa nova condição (SILVA, 2016). Portanto, o paciente passa por inúmeras perdas, da condição saudável, de papéis, de responsabilidade, contribuindo para uma diminuição na sua qualidade de vida (COUTINHO *et al.*, 2010).

O tratamento da DRC, por meio da TRS, aumenta a sobrevida dos pacientes, entretanto, pode exercer impacto na Qualidade de Vida (QV) não se restabelecendo devido à gravidade de intercorrências clínicas e/ou complicações, como alterações cardiovasculares e músculo esquelético. Portanto, o tratamento proporciona uma rotina rígida que restringe a independência do paciente, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que se refletem na vida diária dele (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Além disso, os pacientes com DRC constituem uma população de alto risco para o prejuízo cognitivo; como déficits de memória, dificuldade de planejamento de funções, alterações na atenção ou diminuição na velocidade do processamento da informação, inabilidade motora ou na fala (STRINGUETTA-BELIK *et al.*, 2012), pois apresentam comorbidades como a Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, além de alterações metabólicas ocasionadas pela retenção de toxinas urêmicas, e ainda são usuários de “polifarmácias” (CONDÉ *et al.*, 2010) - embora tratamentos para fatores de risco cardiovascular (como anti-hipertensivos e estatinas) parecem ter pouco ou nenhum efeito sobre TNL associada à DRC (VIGGIANO *et al.*, 2020). A idade elevada, alta prevalência de fatores de risco cardiovasculares, diagnóstico de acidente vascular juntamente com uma rotina exaustiva de tratamentos podem ser responsáveis por essa alteração (MURRAY *et al.*, 2006).

No estudo de Matta *et al.* (2013) acerca do comprometimento das funções cognitivas nos pacientes com DRC, conclui-se que as causas de disfunções cognitivas nesses pacientes não estão claras, mas há evidências de alguns fatores envolvidos: como processo inflamatório, disfunção endotelial, aterosclerose, estresse oxidativo, anemia, hiper-homocisteinemia e toxinas urêmicas. No entanto pesquisas são necessárias para elaborar e avaliar as estratégias preventivas para esses fatores, a fim de postergar ou evitar o comprometimento cognitivo nesses pacientes. Sendo assim, Bugnicourt *et al.* (2013) estudaram a prevalência e as características de transtornos neurocognitivos em pacientes com DRC e concluíram que a ligação fisiopatológica entre lesão cerebral e renal é forte, porém complexa. A doença vascular é a causa mais provável de comprometimento cognitivo do que a doença de Alzheimer nesses pacientes, pois a frequência de lesões cerebrovasculares clinicamente aparentes e silenciosas aumenta notavelmente nesses pacientes em comparação com a população em geral. Por este motivo, a ressonância magnética cerebral deveria ser sistematicamente realizada em pacientes com DRC. Portanto compreender as interações fisiopatológicas entre insuficiência renal e função cerebral em pacientes com DRC é importante para favorecer ações preventivas quanto ao comprometimento cognitivo.

1.2 Aspectos neurocognitivos do paciente com DRC

As funções cognitivas compreendem os domínios de atenção, percepção, linguagem, memória, aprendizagem, raciocínio, tomada de decisões e resolução de problemas (MATTA *et al.*, 2013). As disfunções cognitivas compreendem um déficit cognitivo sutil até uma demência grave (WEINER, 2008; MARCHETTE, 2014).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 11; OMS, 2019), o Transtorno Neurocognitivo Leve (TNL) - previamente referido como Comprometimento Cognitivo Leve (CID 10); - se caracteriza por uma alteração da memória, dificuldades de aprendizagem e redução da capacidade de concentrar-se numa tarefa. O termo TNL é aplicado aos pacientes que apresentam dificuldades cognitivas leves, usualmente confirmadas em testes neuropsicológicos, mas que não chegam a preencher critérios diagnósticos para demência. No entanto, o CID 11, foi apresentado para adoção dos Estados Membros em maio de 2019 (durante a Assembleia Mundial da Saúde), entrará em vigor em 1º de janeiro de 2022 (OMS 2019). O *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* DSM-5 (APA, 2013) classifica o Transtorno Neurocognitivo em Maiores e Leves. E os critérios diagnósticos para definir a condição do TNL seriam: queixa de memória, corroborada por familiar; prejuízo da memória em teste, considerando a idade e educação; função cognitiva global preservada; atividades diárias intactas (BRUCKI, 2015). Indivíduos com TNL, tem maior risco de desenvolver a doença de Alzheimer ou outra demência, portanto, o diagnóstico de TNL é importante para ajudar na tomada de decisões clínicas com riscos de demência (GILLIS *et al.*, 2019).

A revisão sistemática de Gillis *et al.* (2019) sobre as estimativas de incidência de TNL com base populacional das Américas, Europa e Austrália, os artigos analisados com as estimativas de meta-análise (IC 95%) da incidência de TNL por 1000 pessoas, foram 22,5% para indivíduos de 75 a 79 anos, 40,9% de 80 a 84 anos e 60,1% para aqueles com idade superior a 85 anos. Um estudo de corte prospectivo de Sing- Manoux *et al.* (2012) estimou o declínio cognitivo a partir de dados longitudinais ao longo de dez anos, entre 1997 e 2007. Uma amostra de 5.198 homens e 2.192 mulheres, com idades entre 45 e 70 anos foi avaliada em suas habilidades cognitivas, incluindo memória e vocabulário. Os resultados demonstraram declínio cognitivo em todas as idades, no entanto com evidência de declínio mais rápido em pessoas mais velhas, o declínio cognitivo foi de 3,6% com idade de 45 a 49 anos em ambos os sexos, enquanto naqueles com idade entre 65-70 foi de 9,6% no homens e

de 7,4% nas mulheres (SINGH-MANOUX *et al.*, 2012). Contudo, estas prevalências não são específicas para indivíduos com DCR.

Pacientes com DRC apresentam um risco maior em comparação a população geral para transtornos neurocognitivos leves ou severos, estudos de neuroimagem revelaram dano à substância branca no córtex pré-frontal, acompanhados por danos macrovasculares e microvasculares generalizados (VIGGIANO *et al.*, 2020).

Vários fatores de riscos vasculares tradicionais estão associados a um pior desempenho cognitivo (MATTA *et al.*, 2013), no entanto o estudo transversal realizado na região de Boston sugere que a deficiência da vitamina D é um fato de risco potencial não tradicional e está associada ao pior desempenho da função executiva em pacientes de hemodiálise. Participaram 255 pacientes que faziam hemodiálise, inscritos no Estudo de Diálise e Cognição entre 2004 e 2012, com idade média de 63 anos, os quais foram avaliados por uma bateria de teste neuropsicológicos abrangente. Contudo, esses resultados precisam ser confirmados em estudos prospectivos e controlar a motilidade, uma vez que pacientes com comprometimento cognitivo podem ser menos ativos e, portanto, ter menos exposição à luz solar (SHAFFI *et al.*, 2013).

Deckers *et al.* (2016) avaliaram a associação prospectiva entre potenciais marcadores de disfunção renal (taxa de filtração glomerular estimada, albuminúria, cistatina C, creatinina e depuração da creatinina) e desenvolvimento de comprometimento cognitivo. Na referida revisão sistemática e metanálise, 22 estudos foram revisados, todos com 100 ou mais participantes, com idade igual ou maior que 45 anos e que estavam a pelo menos um ano de acompanhamento médico. As evidências sugeriram que a albuminúria foi associada a um risco modestamente aumentado de comprometimento cognitivo e os resultados para diferentes níveis de taxa de Filtração Glomerular Estimada (TFGe) não foram significativos.

Outra revisão sistemática de 44 estudos transversais e de corte sobre comprometimento cognitivo na DRC (BEGER *et al.*, 2016) incluiu 51.590 participantes que não realizavam TRS e apresentavam TFGe $<60\text{mL/min/1,73m}^2$, na metanálise final. Os autores concluíram que as alterações cognitivas ocorrem no início da doença renal e afetam vários domínios cognitivos, como orientação e atenção, formação e raciocínio de conceitos, memória, funções executivas. Tais déficits provavelmente diminuem a capacidade desses pacientes seguirem corretamente as orientações médicas (BEGER *et al.*, 2016).

Por outro lado, estudos (CONDÉ *et al.*, 2010; QUEIROZ, 2010; MARCHETTE, 2014; CHAIBEM, 2018) mostram que pacientes em hemodiálise têm um risco aumentado para o comprometimento cognitivo. PARAIZO *et al.* (2016) realizaram avaliações neuropsicológicas

em 72 indivíduos com DRC pré-dialítica, com idade menor que 65 anos, 93,1% dos participantes eram hipertensos, a maioria homens (55,6%), com média de estudo $5,4 \pm 2,9$, sendo assim, o TNL foi observado em 73,6% dos pacientes e foi associado com a maior idade, menor escolaridade e também com a Diabetes Mellitus. Já no estudo de Guanaré *et al.* (2016) com pacientes em hemodiálise, na faixa etária de 40 a 60 anos apresentaram 52% de prevalência de TNL, com associação em pessoas com maior idade, menor escolaridade e maior número e filhos.

Entretanto os domínios cognitivos, podem apresentar melhora no desempenho após o tratamento com HD, de acordo com a revisão da literatura de Franco *et al.* (2018). Isso sugere um efeito protetor derivado da remoção de toxinas urêmicas¹, e é importante ter em mente que as toxinas urêmicas podem ter diferentes efeitos sobre diferentes partes do cérebro, o que reflete as alterações em distintos domínios cognitivos que o paciente pode apresentar, isto é, a própria uremia contribuiu para o problema cognitivo (FRANCO *et al.*, 2018).

Bossola *et al.* (2011) realizaram um estudo comparando eventuais mudanças no funcionamento cognitivo ao longo do tempo pelo instrumento de rastreio Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Foram avaliados 80 pacientes com DRC em hemodiálise e 160 idosos (acima de 65 anos) em dois momentos, com intervalo de um ano. Os pacientes que realizavam hemodiálise apresentaram redução da capacidade cognitiva maior que os idosos.

Ainda não existe consenso quanto aos instrumentos de avaliação neurocognitiva adequados aos pacientes com DRC, entretanto, os domínios cognitivos mais atingidos nos pacientes renais são funções executivas, atenção, velocidade de processamento e memória (CHAIBEN *et al.*, 2018; PARAIZO *et al.*, 2016). Amatneeks *et al.* (2019) realizaram uma revisão sistemática sobre o uso do instrumento psicométrico, Montreal Cognitive Assesment (MoCA) (NASREDDINE *et al.*, 2005) para avaliação cognitiva na doença renal crônica, e consideram que os artigos analisados demonstraram a versatilidade do uso do MoCA no rastreio cognitivo dos pacientes com DRC, todavia, estudos apontaram diferentes pontos de corte, fazendo referência a critérios distintos para o estabelecimento desses valores.

Um estudo de revisão sistemática comparou as ferramentas de triagens mais usadas para detecção do comprometimento neurocognitivo, o Mini-Mental State Examination (MEEM) (BERTOLUCCI *et al.*, 1994; BRUCKI *et al.*, 2003) com o MoCA, dos 50 estudos selecionados, 37 sugeriram que o MoCA é uma ferramenta mais sensível para detectar TNL,

¹ Toxinas urêmicas: São produtos orgânicos que em condições normais, são excretados pelos rins. No entanto, suas concentrações aumentam gradativamente no sangue, com o progresso da DRC, interagindo negativamente com várias funções biológicas, com efeitos deletérios em vários órgãos e tecidos do corpo, sobretudo o sistema cardiovascular (BARRETO *et al.*, 2014).

porém foi observada a necessidade de estabelecer diferentes pontos de corte com base nos anos de escolaridade para evitar detectar falsos positivos (SIQUEIRA *et al.*, 2018). No estudo de Cecato *et al.* (2014) foram realizadas análises de correlações para avaliar a acurácia do MoCA no diagnóstico da doença de Alzheimer e TNL, com os instrumentos de avaliação neurocognitivos validados e de ampla aplicação no Brasil. O estudo foi realizado com idosos com mais de quatro anos de escolaridade, e o MoCA demonstrou ser um instrumento com maior valor preditivo para diferenciar a doença de Alzheimer e TNL.

A presença do comprometimento cognitivo pode levar a um pior prognóstico, pois o paciente pode apresentar dificuldades relacionadas ao uso de medicações e falta de entendimento para seguir orientações nutricionais, podendo afetar o bem-estar físico e emocional do doente, incluindo aumento de risco de abandono da diálise, hospitalização, maiores custos do tratamento e implicando também em morte (MATTA *et al.*, 2014).

O estudo de Guanaré *et al.* (2016) avaliou as associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com o nível cognitivo dos pacientes em hemodiálise do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Nessa amostra, que possuía pacientes com idade acima de 20 anos e com no mínimo seis meses de tratamento, observou-se declínio cognitivo em pessoas com maior idade, menor escolaridade e maior número de filhos. No estudo de Silva *et al.* (2014) realizaram a avaliação de 75 paciente com DRC que faziam hemodiálise no estado de Minas Gerais, por meio do Mini-Mental State Examination (MEEM) (BERTOLUCCI *et al.*, 1994; BRUCKI *et al.*, 2003) e a relação com as características clínicas e sociodemográficas. Foi observado que o declínio cognitivo foi maior em pacientes com maior idade e renda *per capita* mais baixa. Morsch *et al.* (2005) sugerem que o tempo da doença é um fator associado à morbidade, pois está associado a um agravamento das comorbidades. Esse estudo verificou a associação das comorbidades quantificadas por meio do índice de gravidade da doença renal, contudo, não parece determinar o TNL (GUANARÉ *et al.*, 2016). No entanto, Kurella *et al.* (2005) realizaram a avaliação neurocognitiva de pacientes no início do tratamento com seguimento aos dois ou quatro anos posteriores, e identificaram declínio cognitivo significativo com os anos de tratamento, assim como Gesualdo *et al.* (2017) que avaliaram em seu estudo a capacidade cognitiva de 99 pacientes em hemodiálise e houve relação com a maior idade, menor escolaridade e maior tempo de tratamento.

Dessa forma, as alterações cognitivas podem comprometer o funcionamento ocupacional ou social do indivíduo, sendo que o desempenho ou a maneira como ele executa uma tarefa está sob influência de diversas variáveis (GUANARÉ *et al.*, 2016).

1.3 Aspectos emocionais de pacientes com doença renal crônica

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) obtidos a partir da Pesquisa Mundial sobre Saúde Mental, que integra e analisa pesquisas epidemiológicas sobre abuso de substâncias e distúrbios mentais e comportamentais em diversas nacionalidades, a prevalência de depressão no mundo é de 4,4% e no Brasil está em torno de 5,8%, sendo que, dados do Ministério da Saúde de 2019, apontam prevalência de depressão ao longo da vida no Brasil em torno de 15,5%. É uma problema de saúde mental grave e altamente prevalente na população geral.

Sendo assim, os pacientes que realizam a TRS estão sujeitos à maior prevalência de transtorno de humor, como a ansiedade e depressão (OTAVIANNI *et al.*, 2016). A depressão é comum em pacientes com DRC, os sintomas podem interferir no tratamento dos pacientes, pois se associam à falta de energia, iniciativa e desesperança, favorecendo menor adesão ao tratamento e consequente diminuição da qualidade de vida (CONDÉ *et al.*, 2010). Em muitos casos, o TNL pode estar associado ao um quadro depressivo, dificultando a diferenciação diagnóstica, pois as manifestações de alterações cognitivas e comportamentais, decorrentes tanto da depressão, como do TNL, numa fase inicial caracterizam-se por apresentar sintomas semelhantes, tais como: alterações na memória, atenção concentrada, padrão do sono, nível de energia, dentre outros (NETTO, 2012).

Condé *et al.* (2010), realizaram um estudo avaliando a função cognitiva, a depressão e qualidade de vida em 119 pacientes com DRC em diferentes estágio da doença. O resultado encontrado foi o indicativo para o TNL, sendo que os pacientes em hemodiálise eram o grupo de indivíduos mais jovens e apresentaram maior déficit cognitivo do que os outros grupos avaliados, no entanto, não foram encontrados relações do TNL com o nível de depressão e qualidade de vida.

Os transtornos de ansiedade e de depressão estão relacionados a fatores sociais, familiares, dificuldades financeiras, interpessoais e profissionais (SOUZA *et al.*, 2017). Chiloff *et al.* (2017) ressaltam que pacientes em TRS tem alta prevalência de sintomas depressivos considerado em vários estudos, como importante preditor para a piora da qualidade de vida. De fato, Ottaviani *et al.* (2016) encontraram correlações negativas entre ansiedade, depressão e qualidade de vida do pacientes em tratamento de hemodiálise.

Os pacientes com DRC que realizam hemodiálise acabam apresentando uma vida com restrições, devido à carga imposta pelo tratamento, portanto, isso resulta em uma série de limitações nas atividades diárias, isolamento social, diminuição das atividades físicas,

dependência e sentimento de medo e incerteza com relação à saúde e bem-estar, afetando diretamente a percepção da qualidade de vida (QV), que é um fator de extrema importância porque interfere diretamente na efetividade de tratamentos e intervenções na área de saúde (COSTA *et al.*, 2016).

Silva *et al.* (2017) avaliaram a QV de 65 pacientes em hemodiálise com média de idade $56,3 \pm 15,05$ por meio do instrumento Kindney Disease and Quality of Life Short- Form (KDQOL-SF) e constataram que a qualidade de vida relacionada à saúde destes pacientes encontra-se comprometida em diversos aspectos. O papel profissional apresentou o pior escore, seguido pela função física, função emocional e sobrecarga da doença renal. Diante disso, os autores justificam que DRC e o TRS causam mudanças no estilo de vida, em que muitas vezes os pacientes apresentaram dificuldades de realizar atividades do cotidiano, bem como relacionadas ao trabalho, dependência econômica da família, isolamento social e alterações da imagem corporal. Em outro estudo similar, Marinho *et al.* (2017) analisaram a QV de 105 indivíduos em tratamento de hemodiálise, com o instrumento KDQOL-SF, e também encontraram maiores prejuízos nas dimensões na situação de trabalho e função física. Sendo assim, as variáveis sociodemográficas e clínicas são aspectos que podem contribuir para o baixo nível da QV (GUERRA-GUERRO *et al.*, 2012). Guerra-Guerro *et al.* (2012) analisaram a qualidade de vida de 354 indivíduos em hemodiálise da população chilena e nessa amostra foram encontradas associações com a idade mais alta, baixa escolaridade, baixa renda e tempo de tratamento.

A qualidade de vida está diretamente ligada ao modo como o paciente entende a DRC e suas consequências, por isso, é necessário que o paciente se adapte à nova situação, a qual influencia demasiadamente na evolução do tratamento (COUTINHO *et al.*, 2010).

Queiroz (2010) estudou a prevalência (56,6%) do TNL, sintomas depressivos e avaliou a qualidade de vida de 182 pacientes que realizam TRS e em pré diálise, no interior do estado de São Paulo, e concluiu que apresentar sintomas depressivos são preditores para piora da qualidade de vida, no entanto não encontrou associação da QV com o TNL.

A DRC, muitas vezes, traz um impacto negativo em diversas áreas da vida do doente. Dentre elas, pode-se citar dificuldades de ordem socioeconômica, pois muitos dos pacientes não conseguem dar continuidade ao seu trabalho, devido às mudanças radicais no estilo de vida, como alterações de dieta alimentar, diminuição da ingestão de líquidos, medicamentos, modificações físicas, alterando toda sua rotina, assim como da sua família (MARTINS; CESARINO, 2005).

1.4 Estratégias de Enfrentamento de pacientes com DRC

É inegável que toda doença é uma ameaça à integridade de ser humano, um ataque narcísico que aponta para sua fragilidade e a possibilidade de sua destruição (VELLOSO, 2001). Sendo assim, é necessário estimular as capacidades a se adaptarem de maneira positiva ao novo estilo de vida, assumindo o controle de seu tratamento, de sua vida e, conseqüentemente, melhorando seu ajustamento (RESENDE *et al.*, 2007).

Essas mudanças exigirão do paciente novas e contínuas adaptações, gerando stress, ansiedade, depressão, sentimento de frustração e raiva, culpa e problemas de ordem sexual (BARROS, 2004). O paciente experiencia múltiplas perdas, tanto reais quanto simbólicas, como a perda da força física, sensação de liberdade e autonomia, alterações da imagem corporal, além de perdas relacionadas ao trabalho e à vida social (FONTURA, 2006).

A pessoa com DRC que realiza a hemodiálise vivencia uma brusca mudança no seu viver, convive com limitações e com um constante pensar na morte (CESARINO; CASAGRANDE, 1998). Os pacientes tendem a se tornar pessoas desanimadas, desesperadas e, muitas vezes, por estas razões ou por falta de orientação, acabam abandonando o tratamento ou não dando importância aos cuidados constantes que deveriam ter. Por outro lado, ganhos com a doença também podem constituir verdadeiros obstáculos, inclusive porque podem estar representando a compensação social da doença, um verdadeiro status social, que lhes confere uma existência, uma posição especial. Ser reconhecido como doente pode inclusive autorizá-lo a fugir do mundo e de suas obrigações sociais e profissionais, adotando atitudes de dependência e passividade (VELLOSO, 2001).

Nas doenças crônicas, as estratégias de enfrentamento têm papel mediador entre saúde e doença. O termo enfrentamento, do inglês *coping*, é empregado para identificar a maneira utilizada para lidar com demandas, internas ou externas, avaliadas pelo indivíduo como estando além de seus recursos ou possibilidades (RAVAGNANI, 2007). Lazarus e Folkman (1984) dividem em *coping* focado no problema e *coping* focalizado na emoção. Lazarus (1984) define *coping* focalizado no problema como uma mudança constante do indivíduo, em situações adversas, de forma cognitiva e comportamental. Esse processo é orientado pelo esforço da pessoa frente à situação estressante que está passando, ou seja, não sendo utilizado o pensamento automatizado, o sujeito se posiciona de forma que possa melhor enfrentar a situação naquele momento, refletem esforços cognitivos e comportamentais com o intuito de lidar e resolver uma situação geradora de estresse. No *coping* focado na emoção, são estratégias que derivam dos esforços desencadeados para regular as emoções associadas à

situação que produz stresse, sem alterar a realidade dessa situação, distanciar-se e buscar valores positivos em eventos negativos como forma de minimizar a importância emocional do estressor (PEREIRA; BRANCO, 2016).

Na revisão integrativa da literatura de Bertolin *et al.* (2008) sobre os modos de enfrentamento dos indivíduos que fazem hemodiálise, encontraram dados que apontaram que os modos de enfrentamento focados no problema são os mais utilizados por esses indivíduos.

Dessa forma, Lira *et al.* (2015) investigaram a relação das estratégias de *coping* com a qualidade de vida de 49 pacientes em hemodiálise, identificaram que os pacientes que usam mais as estratégias focadas na emoção apresentam piora na QV. Porém o desenho transversal e correlacional do estudo não permitiu estabelecer a relação de causa e efeito, não se consegue definir se é a QV que contribui para os pacientes usarem essas estratégias, ou se usando essas estratégias apresentam baixa QV. No estudo de Chaves e Cade, (2002) foi verificado a relação da estratégia de enfrentamento com os sintomas de depressão e ansiedade. O estudo não foi com pacientes com DRC, mas com mulheres com hipertensão arterial, porém foi verificado associação da depressão com o enfrentamento utilizado por essas mulheres.

Diante disso, a percepção de autoeficácia tem sido um constructo importante de ser avaliado na saúde, pois pode auxiliar no comportamento saudável e mobilizar esforços e estratégias de enfrentamento de problemas (THOMAS, 2009). Badura (1997) define autoeficácia como sendo crenças que o indivíduo tem sobre si mesmo e sobre suas capacidades em planejar e executar tarefas, ou seja, refere às convicções, confiança e habilidade da pessoa para enfrentar situações novas e estressantes. As crenças na autoeficácia afetam padrões de pensamentos que podem auxiliar ou dificultar os padrões de comportamento do sujeito. Indivíduos que possuem maior autoeficácia são também aqueles que possuem melhor qualidade de vida, por outro lado, pouca autoeficácia se associa com sintomas de ansiedade, depressão, solidão e baixa autoestima (CASTRO *et al.*, 2010).

A atenção integral ao paciente renal crônico exige o cuidado interdisciplinar às questões médicas e às questões psicológicas e sociais presentes no adoecimento crônico. O psicólogo, como membro da equipe de saúde, deve identificar aquilo que é comum e o que é diferente de cada paciente. Um de seus principais objetivos é a minimização do sofrimento psíquico gerado pelo adoecimento e pelo tratamento, tratando e prevenindo as possíveis sequelas emocionais decorrentes da experiência vivida pelos pacientes, bem como, fortalecendo os recursos de enfrentamento destes e de seus cuidadores e familiares (ANGERAMI-CAMON, 1995).

Sendo assim, o diagnóstico do comprometimento cognitivo nos pacientes renais crônicos pode ter impacto no manejo e no prognóstico desses pacientes, e é importante para melhorar a qualidade de vida , reduzir a morbidade associada a essa condição (MATTA *et al.*, 2014), além de possíveis meios de diagnóstico e prevenção precoce (VIGGIANO *et al.*, 2020).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o funcionamento cognitivo, emocional e a qualidade de vida de pacientes com DRC em hemodiálise, bem como suas estratégias de enfrentamento.

2.2 Objetivos Específicos

- 2.1.1 Investigar a existência e a gravidade de déficits cognitivos em pessoas com DRC tratadas com TRS.
- 2.1.2 Estudar a associação entre as funções cognitivas e as variáveis sociodemográficas, clínicas, aspectos emocionais, qualidade de vida e estratégias de enfrentamento.
- 2.1.3 Estudar a associação entre as estratégias de enfrentamento e a qualidade de vida dos pacientes com e sem TNL.

2.3 Hipóteses

Como hipótese do presente estudo, esperado que o TNL esteja associado com a DRC em pacientes que realizam hemodiálise. Também é esperado que os participantes com presença de sintomas depressivos e de ansiedade estejam associados à maior frequência de TNL, assim como a piora da qualidade estar associada ao TNL. Por fim, na comparação das estratégias de enfrentamento usadas pelos pacientes com TNL e sem TNL, é esperado que os pacientes com TNL tenham pior qualidade de vida.

3. MÉTODO

3.1 Delineamento

Trata-se de um estudo de corte transversal em uma amostra por conveniência, composta por pacientes com Doença Renal Crônica (DRC), que realizam hemodiálise, e foram submetidos à avaliação das funções cognitivas, emocionais e de qualidade de vida.

3.2 Local

A presente pesquisa foi realizada entre junho e agosto de 2018, e de fevereiro a junho de 2019, no Centro de Terapia Renal Substitutiva (CTRS) do Hospital de Base de Bauru, administrado pela FAMESP e localizado no interior do estado de São Paulo.

O CTRS fica localizado no mesmo espaço físico do Hospital de Base, sendo esse um hospital geral. O CTRS possui 25 máquinas para a realização da HD nos pacientes crônicos, distribuídas em três salas para a realização do procedimento. Sua estrutura física conta com um amplo salão contendo 18 máquinas, uma sala com cinco máquinas e a outra sala com apenas duas máquinas, exclusiva para pacientes com sorologia positiva de Hepatite C. Além disso, possui uma sala de emergência e outra para treinamento de Diálise peritoneal (DP), para o paciente em início de DP e seu familiar treinarem junto com a enfermagem, antes de iniciar o tratamento domiciliar.

O CTRS é composto por uma equipe multiprofissional: cinco nefrologistas, uma psicóloga, uma assistente social, uma nutricionista, uma enfermeira supervisora, uma enfermeira encarregada, uma enfermeira responsável por cada turno (três enfermeiras), duas enfermeiras responsáveis pela diálise peritoneal, técnicos de enfermagem, técnico da máquina, recepcionistas e auxiliares de limpeza.

No momento esse CTRS, tem capacidade para atender em média 140 pacientes adultos, abrangendo Bauru/SP e região, sendo exclusivamente atendimento pelo SUS. O CTRS funciona de segunda a sábado das 6h às 22h, promovendo a realização de três turnos diários de HD, isto é, primeiro turno das 6h às 11h, segundo turno das 12h às 17h, terceiro turno das 17h às 22h. Os pacientes são divididos em dois grupos, sendo que parte deles realiza HD às segundas, quartas e sextas-feiras, e a outra parte a realiza às terças, quintas, e sábados, sendo atendidos em torno de 70 pacientes em HD diariamente. Na fase inicial da pesquisa,

todos realizavam a HD três vezes por semana, exceto dois pacientes que realizavam HD duas vezes na semana.

3.3 Participantes

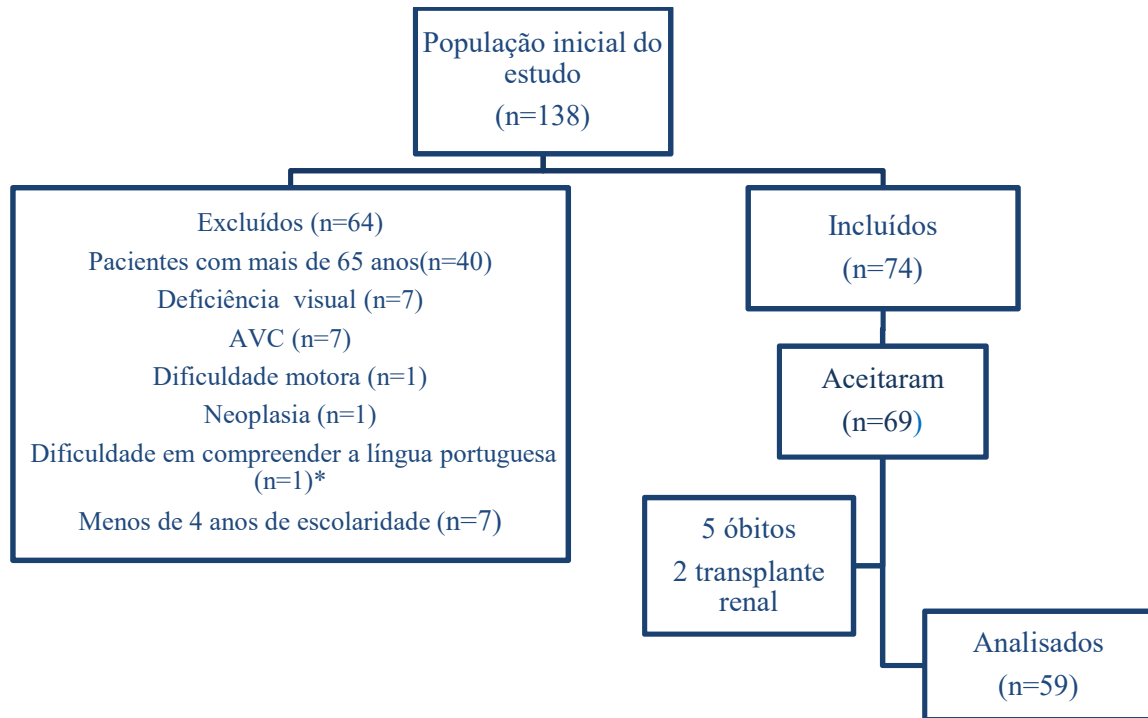
Uma média de 138 pacientes realizava HD no CTRS na época da pesquisa. Foram convidados a participar dessa pesquisa todos os pacientes que realizavam HD no CTRS do Hospital de Base de Bauru e que atendessem aos critérios de inclusão: pacientes com idade de 18 a 65 anos, com no mínimo quatro anos de escolaridade, e estar em tratamento hemodialítico há pelo menos três meses, antes da realização da pesquisa. Foram critérios de exclusão: i) Pacientes cujo idioma nativo não fosse o português; ii) diagnóstico de doenças psiquiátricas descritas em prontuário hospitalar; (como esquizofrenia, psicoses); iii) diagnóstico de acidente vascular encefálico e/ou qualquer outro transtorno neurológico, inclusive demência; iv) diagnósticos de neoplasia; vi) déficits sensoriais ou motores não corrigidos que impossibilitem a realização dos testes; vii) e aqueles que apresentaram condições clínicas desfavoráveis no momento da avaliação.

3.3.1 Recrutamento

Inicialmente, a escolha dos participantes se deu por meio de acesso ao prontuário hospitalar e também da colaboração da própria equipe para identificar os pacientes que atendessem aos critérios de inclusão estabelecidos no estudo.

Dos 138 pacientes, na triagem inicial, identificou-se que 61 pacientes não atendiam o critério de inclusão da pesquisa, sendo que 40 pacientes tinham mais de 65 anos de idade, 7 com perda visual que dificultaria a avaliação, 7 que sofreram acidente vascular, 1 com dificuldade motora, 1 com diagnóstico de neoplasia, 1 paciente indígena com dificuldade em compreender a língua portuguesa e 4 sem nenhum ano de escolaridade.

As avaliações ocorreram entre junho e agosto de 2018, e de fevereiro a junho de 2019. Durante esse período, cinco pacientes vieram a óbito, dois realizaram o transplante renal e oito pacientes se recusaram a participar da pesquisa, totalizando 62 pacientes que participaram da pesquisa. Porém, na tabulação dos dados, três pacientes tinham menos de 4 anos de escolaridade e precisaram ser excluídos das análises seguindo os critérios de escolaridade (Figura 1). Analisados 59 pacientes com DRC que realizavam hemodiálise nesse CTRS, sendo 39 participantes do sexo masculino (66%) e 20 do sexo feminino (34%).



(*) língua materna indígena

Figura1: Diagrama de inclusão dos pacientes no estudo

3.4 Materiais

3.4.1 Formulário sociodemográfico e clínico (ANEXO A)

Foi elaborado, especialmente para este estudo, um formulário com a finalidade de obter dados de ordem sociodemográfica e clínica junto ao paciente, com o objetivo de estudar os seguintes itens:

Condições sociodemográficas: sexo, idade, ocupação, escolaridade, renda; condições clínicas: doença de base (doença que provocou a DRC), comorbidades, tempo em hemodiálise, utilização anterior de outro método de terapia renal substitutiva, acesso vascular, transplante renal prévio e/ou perspectivas futuras.

Foram coletados junto ao prontuário hospitalar do paciente os números de medicamentos prescritos e a presença de anemia, sendo os valores de hemoglobina e hematócrito, por ser uma complicação comum em pacientes renais. Para esses pacientes é recomendada a manutenção dos níveis de hematócrito em torno de 33 a 36% e de hemoglobina em torno de 11 a 12 g/dl (ABENSUR, 2004).

3.4.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (ZIGMOND; SNAITH, 1983)

Consiste em um instrumento que avalia ansiedade e depressão. É amplamente utilizado para avaliar transtornos de humor em paciente com doenças físicas, e que foi primariamente desenvolvido para ser aplicado em hospital geral. Contém 14 questões do tipo múltipla escolha, sendo sete para ansiedade e sete para depressão. Cada item tem um escore de zero a três, e considera-se que quanto mais alta a pontuação, maior a gravidade dos sintomas, sendo a nota de corte para ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8 pontos, de 8 a 10 pontos ansiedade leve, de 11 e 14 pontos ansiedade moderada e de 15 a 21 pontos ansiedade severa; para depressão: sem depressão de 0 a 8 pontos, com depressão leve de 8 a 10 pontos, moderada de 11 a 14 pontos e severa de 15 a 21 pontos (BOTEGA *et al.*, 1995).

3.4.3 Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (NESREDDINE *et al.*, 2005)

É um instrumento breve de rastreio cognitivo para detectar Transtorno Neurocognitivo Leve (TNL). É um teste de papel e lápis e estima-se o tempo de aplicação de aproximadamente 10 minutos, cobre oito domínios cognitivos e demonstra altíssima sensibilidade e especificidade para a TNL. Ele avalia detalhadamente a função cognitiva, acessa diferentes domínios cognitivos, atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, habilidades viso-construtivas, conceituação, cálculo e orientação. Essas funções são cotadas em uma pontuação máxima de 30 pontos (MEMÓRIA, 2013). O MoCA tem sido utilizado de modo eficaz em diversos estágios e modalidades de tratamento de pacientes com DRC, no entanto não há consenso na literatura a respeito do ponto de corte com melhor sensibilidade e especificidade para a detecção do comprometimento cognitivo para os pacientes com DRC (AMATNEEKS *et al.*, 2018). O ponto de corte utilizada no estudo original é de 26 pontos, considerando que é um teste que envolve habilidades escolares, atribui-se um ponto a mais para quem tem 12 anos ou menos de escolaridade.

O ponto de corte ≤ 24 foi sugerido para avaliação de pacientes com DRC (THIFFIN-RICHARD *et al.*, 2012), sendo o mesmo ponto de corte sugerido para rastreio de TNL em idosos brasileiros (SARMENTO, 2009). Dessa maneira, o ponto de corte utilizado nesse estudo foi também ≤ 24 .

3.4.4 Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (BERTOLUCCI *et al.*, 1994; BRUCKI *et al.*, 2013)

O objetivo desse instrumento é avaliar as funções cognitivas específicas, formada por questões agrupadas em sete categorias: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória remota, linguagem e capacidade construtiva visual. É um teste de aplicação relativamente rápido (QUEIROZ, 2010). É composto por diversas questões agrupadas em sete categorias e cada uma delas possui o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas, como: orientação para tempo (5 pontos), orientação para localização (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras registradas (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto), sendo que o escore pode variar entre 0 e 30 pontos. A nota de corte é diferenciada de acordo com a escolaridade de cada pessoa: analfabeto 13 pontos, ensino fundamental 18 pontos e ensino médio 26 pontos, na tradução para o português realizado por Bertolucci, (1994). Optou-se, nesta pesquisa, por utilizar esse instrumento avaliando apenas os idosos (60 a 65 anos).

3.4.5 Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) (BROADBENT; COOPER; FITZGERALD; PARKES, 1982)

Esse instrumento foi projetado para avaliar a frequência de erros simples do cotidiano, como esquecer os compromissos e experimentar dificuldade em se concentrar. Contém 25 perguntas destinadas a representar erros cognitivos no cotidiano, incluindo atenção, memória, impulsividade e linguagem. Cada pergunta é respondida em uma escala de frequência, variando de nunca (0 pontos); muito raramente (1 ponto); ocasionalmente (2 pontos); com bastante frequência (3 pontos); muito frequentemente (4 pontos); a escala total varia de 0 a 100 pontos, quanto maior a pontuação, mais falhas cognitivas o indivíduo pode apresentar (PAULA *et al.*, 2017).

A adaptação brasileira do questionário CFQ (PAULA *et al.*, 2017) obteve uma média de 35,5 com desvio padrão 12,14.

3.4.6 Kidney Disease and Quality-of-Life Short Form (KDQOL-SF) (HAYS *et al.*, 1997)

É um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica terminal, aplicável a pacientes que realizam algum tipo de terapia renal substitutiva. Com 80 itens autoaplicáveis, divididos em 19 escalas, levam aproximadamente 16 minutos para serem respondidos. O instrumento inclui o MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36) (WARE JE, 1992) como uma medida genérica e é suplementado com escalas do tipo multi-itens, voltadas para as preocupações particulares dos pacientes renais crônicos. O SF-36 é composto de 36 itens divididos em oito dimensões: capacidade funcional (10 itens), limitações causadas por problemas da saúde física (aspectos físicos) (4 itens), limitações causadas por problemas da saúde emocional (função emocional) (3 itens), funcionamento social (2 itens), bem-estar emocional (5 itens), dor (2 itens), energia/fadiga (4 itens), percepções da saúde geral (5 itens) e estado de saúde atual comparado há um ano, que é computado à parte (1 item). A parte específica sobre doença renal inclui itens divididos em 11 dimensões: sintomas/problemas (12 itens), efeitos da doença renal sobre a vida diária (8 itens), sobrecarga imposta pela doença renal (4 itens), papel profissional (2 itens), função cognitiva (3 itens), qualidade das interações sociais (3 itens), função sexual (2 itens) e sono (4 itens); inclui também três escalas adicionais: apoio social (2 itens), estímulo da equipe da diálise (2 itens), satisfação do paciente (1 item) e saúde geral computada à parte (1 item) (DUARTE *et al.*, 2003).

O cálculo das pontuações é feito por dimensão, sendo, portanto, analisadas separadamente. Sendo assim, não existe um valor único resultante da avaliação global da qualidade de vida relacionada à saúde, mas escores médios para cada dimensão. Em relação aos componentes físico e mental, a pontuação deriva de média ponderada. O componente físico é determinado principalmente pelas dimensões Funcionamento físico e Função física, mas também por Dor, Saúde geral e Energia/fadiga. Para a pontuação do componente mental, a dimensão Função emocional tem maior peso, seguido em ordem decrescente por Bem-estar emocional, Função social, Energia/fadiga e Saúde Geral. Os escores dos itens variam entre 0 e 100, em que os mais elevados refletem uma melhor qualidade de vida (LIRA, 2015).

Este é provavelmente o questionário mais completo disponível atualmente para avaliar qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica, pois inclui aspectos genéricos e específicos relativos à doença renal (DUARTE *et al.*, 2003).

3.4.7 Inventário de Estratégias de Coping (FOLKMAN; LAZARUS, 1984)

O Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman é um questionário validado em 1985 e utilizado em pesquisas sobre o tema “enfrentamento” (SAVOIA *et al.*, 1996). A tradução para o português foi realizado por Savóia, Santana e Mejias (1996) validada por esses mesmo autores.

É um inventário que avalia pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico. É composto de 66 itens que abrangem oito fatores avaliados: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva. O participante responde a frequência com que utiliza as estratégias de enfrentamento, dispostas em uma escala tipo *Likert* com as seguintes classificações: não usei esta estratégia, usei um pouco, usei bastante, usei em grande quantidade.

Cada fator representa um tipo de estratégia frente a uma determinada situação e geralmente o tempo de preenchimento do Inventário é de 10 minutos. Os itens são analisados pela técnica estatística da análise fatorial (SAVOIA *et al.*, 1996).

Para correção dos 66 itens, estes foram agrupados em oito fatores relacionados às formas de enfrentar a situação estressora como apontando no trabalho de Savóia, Santana e Mejias (1996) que adaptou para o português o Inventário de Estratégia de Coping de Folkman e Lazarus.

Considerando a escala *Likert* de 0 a 3, a pontuação máxima em cada item do inventário é três. A correção é feita somando-se a pontuação do participante nos itens de um mesmo fator e dividindo o valor obtido pela pontuação máxima possível em cada fator. Sendo assim, obteve-se um valor do participante para cada fator do inventário, o fator mais alto é o enfrentamento mais usado pelo participante.

3.5 Procedimentos de Coletas de dados

O presente estudo foi orientado pelas diretrizes nacionais e internacionais para pesquisa com seres humanos do Conselho para a Organização Internacional de Ciências Médicas (CIMS) e da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências- Campus de Bauru, CAEE 89579418.7.0000.5398, número do parecer 2.712.719 de 14/06/2018 (ANEXO B) e ao Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Geral (FAMESP) com o número do parecer 018.18 com a data de 10/05/2018 (ANEXO C). Após

parecer favorável dos CEP e autorização da Instituição Coparticipante, no qual foi realizada a coleta de dados, a pesquisadora iniciou a coleta de dados no CTRS do Hospital de Base.

Os pacientes foram inicialmente informados sobre o objetivo e procedimento do estudo, sigilo das informações coletadas, o uso exclusivamente científico das mesmas e a liberdade de deixar de participar a qualquer tempo, sem quaisquer prejuízos em seu tratamento hospitalar. Após tais esclarecimentos, os pacientes que aceitaram participar da pesquisa foram informados minuciosamente acerca da mesma e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sendo assim, na triagem inicial, foi realizado contato com os pacientes, durante sessão de HD, para convidá-los a participar do estudo, explicitando os objetivos do mesmo. O paciente que aceitou participar foi minuciosamente esclarecido e, depois da assinatura do TCLE, deu-se início à avaliação.

As avaliações foram realizadas durante as primeiras duas horas da sessão de hemodiálise, os instrumentos foram aplicados em dois encontros, de forma intercalada, realizadas nos dias em que o paciente realizava a HD, sendo aplicado no primeiro encontro o formulário sociodemográfico e clínico, o MoCA (NESREDDINE *et al.*, 2005) o CFQ (BROADBENT; COOPER; FITZGERALD; PARKES, 1982) e o HADS (ZIGMOND; SNAITH, 1983), no segundo encontro o KDQOL-SF (HAYS *et al.*, 1997) e o Inventário de Estratégias de *Coping* (FOLKMAN; LAZARUS, 1984), para os pacientes de 60 a 65 anos também foi aplicado o MEEM (BERTOLUCCI *et al.*, 1994; BRUCKI *et al.*, 2013), ocorrendo então o terceiro encontro. O tempo médio da aplicação foi de 50 minutos no primeiro encontro e 60 minutos no segundo encontro.

Durante a aplicação dos instrumentos de avaliação, a pesquisadora leu todas as questões e alternativas para os participantes, para evitar possíveis dúvidas e dificuldades.

3.5 Análise Estatística

Os dados de cada participante, referente às variáveis sociodemográficas, clínicas, os escores dos inventários de avaliação cognitiva, de QV, ansiedade, depressão e de estratégia de enfrentamento, foram primeiramente digitados no programa Excel e posteriormente transferidos para o software SPSS versão 22.0 (*Statistical Package for the Social Science*).

Inicialmente, realizou-se uma análise exploratória dos dados para observação dos parâmetros de homogeneidade e normalidade. Foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, indicando que os dados apresentaram distribuição anormal. Posteriormente realizou-se a

análise descritiva, para checar a consistência dos dados, feita de acordo com o tipo de variável: numéricas pela média e desvio padrão, ou mediana, mínima e máxima, e as variáveis qualitativas por meio de porcentagens e pelas frequências, no caso das variáveis categóricas.

Foram calculadas as estimativas de prevalência de transtorno neurocognitivo leve pelo MoCA (NESREDDINE *et al.*, 2005) e pelo CFQ (BROADBENT; COOPER; FITZGERALD; PARKES, 1982) sintomas depressivos e de ansiedade pelo HADS (ZIGMOND; SNAITH, 1983), e as médias da pontuação obtida nos inventários, Estratégias de *Coping* (FOLKMAN; LAZARUS, 1984) e das diferentes dimensões de qualidade de vida, segundo o KDQOL (HAYS *et al.*, 1997), com os respectivos desvios-padrão, para organização e descrição de aspectos do conjunto de dados.

Para verificar o grau de associação dos instrumentos MoCA (NESREDDINE *et al.*, 2005) com o CFQ (BROADBENT; COOPER; FITZGERALD; PARKES, 1982), utilizou-se o teste Coeficiente de Correlação de Spearman.

Foram variáveis deste estudo os resultados da avaliação cognitiva e os índices de qualidade de vida, estudando suas associações com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Para a análise com propostas inferenciais, realizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher para as variáveis categóricas e, para a análise das associações entre variáveis contínuas, utilizou-se, conforme adequado para variáveis não paramétricas, o teste U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para amostras independentes, tendo como variável independente os grupos com TNL e sem TNL, e como variáveis dependentes os dados sociodemográficos, clínicos e os escores obtidos nas avaliações de qualidade de vida, ansiedade e depressão, e de estratégia de enfrentamento.

A confiabilidade dos dados obtidos com o Inventário de Estratégia de *Coping* (FOLKMAN; LAZARUS, 1984) adaptado para o Português foi avaliado por meio da análise da consistência interna de cada um dos oito fatores, pelo teste de confiabilidade do Coeficiente de Cronbach. Valores próximos ou superiores a 0,60 são considerados aceitáveis em estudos de ciências sociais e humanas, desde que analisados com cautela e levando-se em consideração o contexto do estudo (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006). Após essa análise efetuou-se a análise de correlação da estratégia de enfrentamento com qualidade de vida, com o comprometimento cognitivo, utilizando o teste de correlação de Spearman.

Após análise bivariada, realizou-se a análise multivariada, para obtenção de estimativas entre a variável dependente e as variáveis independentes, tendo como variável dependente a presença de TNL e como variáveis independentes, aquelas cujo valor de p foram inferiores a 0,25. Utilizou-se a regressão linear múltipla, pelo procedimento *stepwise*

backward e a regressão logística binária (tipo *stepwise forward*) calculando-se as razões de chances (OR – Odds Ratios) e estimados intervalos de confiança ao nível de 95%. Para a análise da variável dependente qualidade de vida, utilizou-se a regressão linear múltipla, pelo procedimento *stepwise backward*, associando-se cada dimensão da escala com as variáveis independentes com valor de $p < 0,25$ na análise bivariada.

O nível de significância adotado em todas as comparações foi $p \leq 0,05$.

4. RESULTADOS

Serão apresentadas a seguir as análises descritivas dos dados obtidos neste estudo – considerando frequências, porcentagens, médias e desvios padrão referentes às variáveis dependentes estudadas: características sociodemográficas e clínicas, e o desempenho cognitivo, assim como a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento; além da análise bivariada e multivariada, que tiverem como variável dependente o TNL e a qualidade de vida.

4.1 Características Sociodemográficas

Analisando os resultados dos 59 pacientes estudados, verificou-se que 66,1% eram do sexo masculino com idade média de 47,38 ($\pm 12,34$) anos. Quanto à idade, 44,1% dos participantes estavam na faixa entre 50 e 59 anos de idade 10,2% tinham idade entre 60 a 65 anos. Sendo 34 indivíduos caucasianos e 44,1% casados/ relação estável, 69,5% possuíam de dois a três filhos. Em relação à escolaridade, a média de anos de estudo foi 9,25 ($\pm 3,59$), com predomínio entre 9 e 11 anos de estudo (37,3%). No que se refere à ocupação, 64,4% dos pacientes eram aposentados ou recebiam auxílio doença, sendo que 50,9% referiu renda familiar entre um e dois salários mínimos.

Dados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição de frequências e porcentagens dos dados sociodemográficos de pacientes com DRC (N= 59)

Variáveis	N (%)
Sexo	
Feminino	20 (33,9)
Masculino	39 (66,1)
Categoria de idade (anos) (47,38 $\pm$ 12,24)	
20-29	7 (11,9)
30-39	9 (15,3)
40-49	11 (18,7)

50-59	26 (44,1)
60-65	6 (10,2)
Filhos (N= 59) (1,71 ± 1,28)	
0-1	15 (25,4)
2-3	41 (69,5)
4-5	3 (5,1)
Estado Civil	
Casado/relação estável	26 (44,1)
Divorciado	9 (15,3)
Solteiro	21 (35,6)
Viúvo	3 (5,1)
Etnia	
Branco	34 (57,6)
Negro	12 (20,3)
Pardo	12 (20,3)
Amarelo	1 (1,7)
Escolaridade (anos) (N=59) (9,25 ± 3,59)	
4 anos	9 (15,3)
5-8 anos	16 (27,1)
9-11 anos	22 (37,3)
12 anos ou mais	12 (20,3)
Ocupação	
Aposentado	2 (3,4)
Aposentado por invalidez	13 (22)
Desempregado	7 (11,9)
Auxílio Doença	23 (39)
Do Lar	9 (15,3)
Aposentado e Trabalhando	3 (5,1)

Empregado	2 (3,4)
Renda Familiar	
< 1 salário mínimo	5 (8,5)
Entre 1 e 2 salários mínimos	30 (50,8)
Entre 3 e 4 salários mínimos	20 (33,9)
+ de 5 salários	4 (6,8)

4.2 Variáveis Clínicas

A doença de base mais frequente nos indivíduos estudados foi por Hipertensão Arterial (45,8%), seguida por outros (23,7%), que são causas desconhecidas, neoplasia ou pacientes que nasceram somente com um rim e perderam a função desse. Somente três pacientes com diabetes mellitus (5,1%) foram observados nessa amostra.

A média de doenças comórbidas foi de 1,6 ($\pm$ 0,74) doenças, a maioria dos pacientes apresentou de uma a duas comorbidades, de acordo com as perguntas clínicas; 88,2% dos participantes tinham Hipertensão (HAS) como principal comorbidade, e foram encontrados 35,6% de pacientes com anemia e sem Insuficiência Cardíaca, 88,1%. Dos 59 pacientes, 40 disseram nunca ter fumado (67,8%) enquanto que 18,6 referiram ser ex-tabagistas, 11,9% disseram ser etilistas e 22% ex-etilistas. A maioria dos pacientes (59,3%) tinha a fistula como acesso vascular para realizar a HD (Tabela 2).

Em relação a ter realizado outro tipo de terapia renal substitutiva (TRS), 30,5% já haviam realizado outro tipo de terapia; sendo que 88,8% realizaram a diálise peritoneal automatizada (DPA) e apenas dois pacientes (11,1%) fizeram a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) e o tempo médio realizado por esses pacientes que fizeram outro tipo de TRS foi de 27,4 ($\pm$ 20,0) meses. Somente sete pessoas já haviam realizado transplante renal anteriormente (11,9%). E 27 pessoas (45,8%) estavam na fila do transplante renal. O tempo de tratamento variou entre quatro e 222 meses, com média de 67,3 meses de tratamento ($\pm$ 56,8), e a média de medicações em uso desses pacientes foi de $6,33 \pm 2,41$ com 74,6% dos pacientes fazendo uso de polifarmácia ($\geq$ 5 medicamentos) (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição de frequências e porcentagens das variáveis clínicas do pacientes com DRC

Variáveis	n (%)
Doença de Base	
DM	3 (5,1)
GNC	13 (22)
HAS	27(45,8)
Rins Policísticos	2 (3,4)
Outros	14 (23,7)
Principais Comorbidades (1,6±0,74)	
HAS	52 (88,1)
DM	3 (5,1)
Tabagistas	8 (13,6) Ex-tabagistas 11 (18,6)
Etilista	7 (11,9) Ex-etilistas 13 (22)
DCV	7 (11,9)
Anemia	21 (35,6)
Acesso vascular	
Fístula	35 (59,3)
Cateter	23 (39)
Prótese	1 (1,7)
Tratamento Anterior	
Sim	18 (30,5)
Não	41 (69,5)
Qual tratamento anterior	
DPA	16 (88,8%)
CAPD	2 (11,1%)
Tempo médio do tratamento anterior (27,4±20,0)	

Transplante Anterior	
Sim	7 (11,9)
Não	52 (88,1)
Tempo médio que ficou transplantado (27,44 ±20,03)	
Fila do Transplante	
Sim	27 (45,8)
Não	32 (54,2)
Tempo de Tratamento em meses (67,35±56,8)	
3-6 meses	6 (10,2)
7-36 meses	18 (30,5)
37-60 meses	11 (18,6)
61 meses ou+	24 (40,7)
Polifarmácias	
Sim	44 (74,6%)
Não	15 (25,4%)
Quantidade média de medicações em uso (6,33±2,41)	

Legenda: HAS: Hipertensão Arterial; DM: Diabetes Mellitus; GNC: Glomerulopatia; DCV: Doença Cardiovascular; DPA: Diálise peritoneal automatizada; CAPD: diálise peritoneal ambulatorial contínua.

Quando analisadas as medicações, foram encontradas 39 medicamentos diferentes prescritos, divididos em dez grupos de medicações (anticoagulantes, anti-hipertensivos, diuréticos, antidepressivos, ansiolíticos, estatitinas, vitaminas, quelante de fósforo (Sevelamer), inibidores de bomba de prótons (Omeprazol) e outros. Sendo assim, verificou se que a maioria (94,5%) faz uso de vitaminas (B, B9, B12, D, ferro), 23,7% faz uso de antidepressivo e apenas cinco pacientes (8,5%) fazem uso de estatinas (Figura 2).

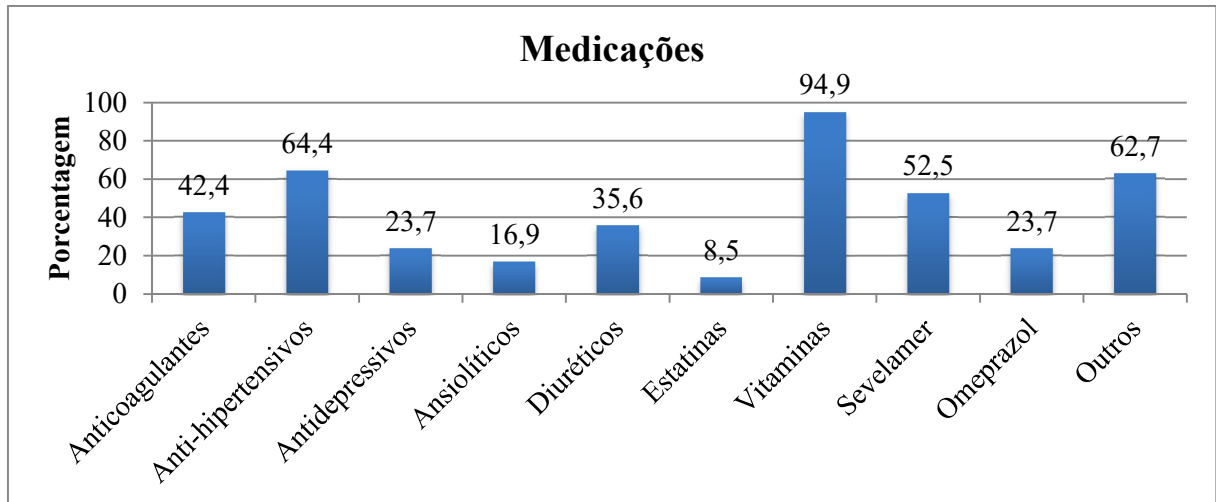


Figura 2: Grupos das medicações usadas pelos pacientes com DRC.

4.3 Presença de Sintomas Depressivos e de Ansiedade

Houve uma prevalência de 28,8% de prevalência de sintomas depressivos, em que 15,3% dos entrevistados apresentaram depressão leve, 13,6% moderada, contudo, nenhum paciente exibiu sintomas depressivos de forma severa. No que concerne a variável sexos, 40% das mulheres apresentaram sintomas depressivos, sendo 20% de grau leve e 20% em moderado, e nos homens 52,9% apresentaram sintomas de depressão, sendo 12,8% em grau leve e 10,3% em moderado.

Em relação aos sintomas de ansiedade, 35,6% dos pacientes entrevistados reportaram sintomas ansiosos, sendo que, 20,3% dos entrevistados apresentaram ansiedade leve, 13,6% moderada e 1,7% de forma severa. Quanto aos sexos, 40% das mulheres apresentaram sintomas de ansiedade, sendo 30% em grau leve e 10% em moderado, 33,3% dos homens relataram sintomas ansiosos, sendo 15,8% em grau leve, 15,3% moderado e 2,6% severo.

Os dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes foram analisados em função de ter ou não sintomas de depressão, de acordo com a escala de HADS (Botega *et al.*, 1995). Não foi encontrada nenhuma diferença estatisticamente significativa, no entanto quando analisadas em função de ter ou não sintomas de ansiedade, observa-se que a única variável com diferença significativa foi a renda familiar do paciente ($\chi^2 = 8,326$, $p < 0,040$), sendo que pacientes com alta renda familiar tiveram sintomas de ansiedade mais elevados do que os pacientes com baixa renda familiar. Todos os pacientes com renda familiar maior que cinco salários mínimos (19%) apresentaram sintomas de ansiedade.

4.4 Avaliação neurocognitiva

Serão apresentados, primeiramente, os resultados descritivos referentes à função cognitiva da amostra. Depois, serão apresentados os resultados classificados como de casos e não caso TNL em análise bivariada e multivariada.

Na Tabela 3 encontram-se as médias e o desvio padrão dos subtestes do MoCA (NESREDDINE *et al.*, 2005) assim como seu total, com uma média de $22,28 \pm 3,43$ pontos.

Tabela 3- Médias ($\pm$ DP) da performance no MoCA por subtestes em pacientes com DRC

Váriaveis	Mínimo	Máximo	Média ($\pm$ DP)
Subtestes			
Visuespacial	1	5	3,79 ($\pm$ 1,20)
Nomeação	1	3	2,83 ($\pm$ 0,42)
Atenção	0	6	4,25 ($\pm$ 1,53)
Linguagem	0	3	1,55 ($\pm$ 0,77)
Abstração	0	2	0,91 ($\pm$ 0,79)
Evocação Tardia	0	5	2,15 ($\pm$ 1,65)
Orientação	5	6	5,93 ($\pm$ 0,25)
Total	14	29	22,28 ($\pm$ 3,43)

Utilizando o ponto de corte ≤ 24 sugerido por Sarmiento (2009), observou-se uma prevalência de 64,4% de casos de transtorno neurocognitivo leve (TNL). Na Tabela 4 estão os escores obtidos na avaliação do TNL no MoCA, como variável contínua. Foi realizado o teste não paramétrico U de Mann-Whitney comparando-se as distribuições das pontuações das variáveis sociodemográficas e foi encontrado resultado estatisticamente significativo ($H=24,484$, $p=0,06$) com relação à escolaridade.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis clínicas, como ter sintomas de ansiedade e de depressão, considerando os escores obtidos no MoCA.

Tabela 4- Associação do desempenho de pacientes com DRC no MoCA com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	Média (DP)	H	p
Sexo		402,000#	0,847
Masculino	22,41 ($\pm$ 3,74)		
Feminino	22,05 ($\pm$ 3,32)		
Idade		1,875	0,759
20-29 anos	23,28 ($\pm$ 3,45)		
30-39 anos	23,33 ($\pm$ 2,73)		
40-49 anos	21,54 ($\pm$ 2,29)		
50-59 anos	22,00 ($\pm$ 4,04)		
60-65 anos	22,16 ($\pm$ 3,65)		
Filhos		0,25	0,988
0-1	22,46 ($\pm$ 2,77)		
2-3	22,19 ($\pm$ 3,76)		
4-5	22,66 ($\pm$ 2,08)		
Estado Civil		2,081	0,556
Casado/ relação estável	21,73 ($\pm$ 4,01)		
Divorciado	23,77 ($\pm$ 2,99)		
Solteiro	22,52 ($\pm$ 2,82)		
Viúvo	21,00 ($\pm$ 3,00)		
Etnia		2,840	0,417
Branco	22,61 ($\pm$ 3,66)		
Negro	21,33 ($\pm$ 2,67)		
Pardo	22,58 ($\pm$ 3,52)		
Amarelo	19		
Escolaridade (anos)		24,484	0,006*

4 anos	18,44 ($\pm$ 2,87)		
5-8 anos	21,43 ($\pm$ 3,16)		
9-11 anos	23,63 ($\pm$ 2,61)		
12 anos ou mais	23,83 ($\pm$ 3,21)		
Ocupação		6,983	0,322
Aposentado	21,50 ($\pm$ 3,53)		
Aposentado por invalidez	22,30 ($\pm$ 3,85)		
Desempregado	23,71 ($\pm$ 2,69)		
Auxílio Doença	22,47 ($\pm$ 3,31)		
Do Lar	20,66 ($\pm$ 3,90)		
Aposentado e Trabalhando	20,33 ($\pm$ 2,08)		
Empregado	26,00		
Renda Familiar		4,689	0,196
< 1 salário mínimo	21,60 ($\pm$ 1,51)		
Entre 1 e 2 salários mínimos	21,66 ($\pm$ 3,02)		
Entre 3 e 4 salários mínimos	22,75 ($\pm$ 4,10)		
+ de 5 salários	25,50 ($\pm$ 3,31)		

#Teste U Mann-Whitney ; * $p \leq 0,05$ (grau de significância).

Foi observado que os pacientes com baixa escolaridade apresentam mais TNL.

A Tabela 5 mostra o desempenho nos subtestes do MoCA dos pacientes classificados como caso e não caso de TNL, foi obtido o p-valor de $<0,001$ no total. Verificou-se associações significativas em quase todos os subtestes, menos nos subtestes nomeação, abstração e na orientação.

Tabela 5- Média ($\pm$ DP) do desempenho no MoCA e por subtestes em relação ao TNL

	Caso	Não Caso		
	n= 38 (64,4 5%)	n= 21 (35,6 %)	U	p
Subtestes	Média ($\pm$DP)	Média ($\pm$DP)		
Visuespacial	3,31 ($\pm$ 1,14)	4,66 ($\pm$ 0,73)	131,50	$<0,001^*$
Nomeação	2,81 ($\pm$ 0,45)	2,85 ($\pm$ 0,35)	391,50	0,849
Atenção	3,60 ($\pm$ 1,46)	5,42 ($\pm$ 0,81)	121,50	$<0,001^*$

Linguagem	1,31 ($\pm$ 0,70)	2,00 ($\pm$ 0,70)	207,50	0,001*
Abstração	0,86 ($\pm$ 0,77)	1,00 ($\pm$ 0,83)	364,00	0,556
Evocação Tardia	1,57 ($\pm$ 1,53)	3,19 ($\pm$ 1,36)	186,00	0,001*
Orientação	5,95 ($\pm$ 0,21)	5,95 ($\pm$ 0,21)	386,50	0,650
Total	20,28 ($\pm$ 2,36)	25,90 ($\pm$ 1,60)	0,00	<0,001*

* $p \leq 0,05$ (grau de significância).

Em quase todos os subtestes os pacientes com TNL apresentaram piores resultados.

Na Tabela 6 encontram-se os resultados de indivíduos classificados como de casos e não caso de TNL com as variáveis sociodemográficas. Verificaram-se associações estatisticamente significativas comparadas em relação à escolaridade ($\chi^2 = 22,289$, $p = 0,022$), renda familiar menor que um salário mínimo ($\chi^2 = 4,653$, $p = 0,031$) e ocupação empregado ($\chi^2 = 4,260$, $p = 0,039$). A maior frequência de TNL foi observada entre os que apresentavam baixa escolaridade. Todos os pacientes com renda familiar menor que um salário mínimo apresentaram TNL (13,2%) e os dois pacientes empregados não apresentaram TNL (9,5%).

Tabela 6- Relação entre TNL de pacientes com DRC e as variáveis sociodemográficas

Variáveis	Transtorno neurocognitivo leve					
	Sim		Não			p
	n= 38 (64,4%)		n= 21 (35,6%)			
	N	%	N	%	χ^2	
Sexo					0,005	0,946
Masculino	25	65,8	14	66,7		
Feminino	13	34,2	7	33,3		
Idade	(47,7 ± 12,4)		(46,6 ± 12,0)		31,228	0,505
20-29 anos	4	10,5	3	14,3	0,183#	0,669
30-39 anos	5	13,2	4	19	0,354#	0,552
40-49 anos	9	23,7	2	9,5	1,948#	0,163
50-59 anos	15	39,5	11	52,4	0,914	0,339
60-65 anos	5	13,2	1	4,8	1,164#	0,281

Filhos					0,58	0,972
0-1	10	26,3	5	23,8	0,45	0,832
2-3	26	68,4	15	71,4	0,58	0,810
4-5	2	5,3	1	4,8	0,007#	0,934
Estado Civil					0,372#	0,946
Casado/relação estável	17	44,7	9	42,9	0,019	0,889
Divorciado	5	13,2	4	19	0,354#	0,552
Solteiro	14	36,8	7	33,3	0,073	0,788
Viúvo	2	5,3	1	4,8	0,007#	0,933
Etnia					3,532	0,317
Branco	19	50	15	71,4	2,543	0,111
Negro	10	26,3	2	9,5	2,354#	0,125
Pardo	8	21,1	4	19	0,034#	0,854
Amarelo	1	2,6	0	0	0,889#	0,346
Escolaridade (anos)	(7,9 ± 3,42)		(11,66 ± 2,51)		22,289	0,022*
4 anos	9	23,7	0	0	8,794#	0,003*
5-8 anos	14	36,8	2	9,5	5,107	0,024*
9-11 anos	10	26,3	12	57,1	5,497	0,019*
12 anos ou mais	5	13,2	7	33,3	3,272#	0,070
Ocupação					7,849	0,349
Aposentado	1	2,6	1	4,8	0,180#	0,672
Aposen. por invalidez	8	21,1	5	23,8	0,059#	0,808
Desempregado	3	7,9	4	19	1,536#	0,215
Auxílio Doença	17	44,7	6	28,6	1,486	0,223
Do Lar	6	15,8	3	14,3	0,024#	0,887
Aposen. e Trabalhando	3	7,0	0	0	1,798#	0,180
Empregado	0	0	2	9,5	4,260	0,039*
Renda Familiar					6,654	0,084

< 1 salário mínimo	5	13,2	0	0	4,653#	0,031*
Entre 1 e 2 salários	21	55,3	9	42,9	0,835	0,361
Entre 3 e 4 salários	11	28,9	9	42,9	1,168	0,280
+ de 5 salários	1	2,6	3	14,3	2,779	0,096

Teste Exato de Fisher; *p≤ 0,05 (grau de significância); Legenda: Aposen: aposentado.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis clínicas, considerando as variáveis caso e não caso de TNL somente quando comparadas com o uso da medicação Sevelamer ($\chi^2 = 4,665$, p= 0,031), observa-se a maior frequência de TNL entre os que fazem uso dessa medicação (Tabela 7).

O TNL não foi determinado pela doença de base ou suas comorbidades e nem ao tempo de tratamento, considerando dois tempos de tratamento de 0 a 60 meses de tratamento com 61 meses ou mais. Esses dados encontram-se na Tabela 7.

Tabela 7- TNL de pacientes com DRC em relação aos dados clínicos

Variáveis	Transtorno neurocognitivo leve					
	Sim			Não		
	n= 38 (64,4%)			n= 21 (35,6%)		
	N	%	N	%	χ^2	p
Doença de Base					3,213	0,523
DM	3	7,9	0	0	2,728#	0,099
GNC	7	18,4	6	28,6	0,811	0,368
HAS	19	50	8	38,1	0,946	0,331
Rim Poliscítico	1	2,6	1	4,8	0,180#	0,672
Outros	8	21,1	6	28,6	0,422	0,516
Principais Comorbidades						
HAS	33	86,8	19	18,5	0,176#	1,000
DM	3	7,9	0	0	2,728#	0,099
ICC	4	10,5	3	14,3	0,719#	0,691
Anemia	13	34,2	8	38,1	0,089#	0,783
Tabagista	5	13,2	3	14,3	0,015#	0,904
Ex-tabagista	9	23,7	2	9,5	1,948#	0,163

Nunca fumou	24	63,2	16	76,2	1,052	0,305
Etilista	5	13,2	2	9,5	0,176#	0,675
Ex-etilista	11	28,9	2	9,5	3,289#	0,085
Nunca bebeu	22	57,9	17	81	3,209	0,073
Acesso vascular					2,113	0,348
Fístula	22	57,9	13	61,9	0,90	0,764
Cateter	16	42,1	7	33,3	0,438	0,508
Prótese	1	4,8	0	0	2,097#	0,148
Tratamento anterior					0,123	0,726
Sim	11	28,9	7	33,3		
Não	27	71,1	14	66,7		
Tipo de tratamento anterior					3,788	0,150
DPA	11	28,9	5	23,8		
CAPD	0	0	2	9,5		
Transplante Anterior					1,539#	0,215
Sim	3	7,9	4	19		
Não	35	92,1	17	81		
Fila do Transplante					0,045	0,832
Sim	17	44,7	10	47,6		
Não	21	55,3	11	52,4		
Tempo de tratamento (meses)	(68,7 ± 55,2)		(64,8 ± 60,8)		0,090	0,764
3-60 meses	22	57,9	13	61,9		
61 meses ou +	16	42,1	8	38,1		
Polifarmácia	(6,1 ± 2,2)		(6,7 ± 2,6)		0,170	0,680
Sim	29	76,3	15	71,4		
Não	9	23,7	6	28,6		

Medicações						
Anticoagulante	16	42,1	9	42,9	0,003	0,955
Anti-hipertensivo	27	71,1	11	52,4	2,057	0,152
Antidepressivo	8	21,1	6	28,6	0,415#	0,519
Ansiolítico	6	15,8	4	19	0,101#	0,751
Diurético	13	34,2	8	38,1	0,089	0,765
Estatinas	3	7,9	2	9,5	0,046#	0,831
Vitaminas	36	94,7	20	95,2	0,007#	0,933
Sevelamer	16	42,1	15	71,4	4,664	0,031*
Omeprazol	9	23,7	5	23,8	0,000#	0,991
Outros	22	57,9	15	71,4	1,059	0,303

Teste Exato de Fisher ; * $p \leq 0,05$ (grau de significância).

Legenda: HAS: Hipertensão Arterial; DM: Diabetes Mellitus; GNC: Glomerulopatia; DCV: Doença Cardiovascular; DPA: Diálise peritoneal automatizada; CAPD: diálise peritoneal ambulatorial contínua.

Os casos de TNL não apresentaram associação significativa com casos de sintomas de ansiedade e de depressão (avaliados pelo HADS), quando contrastados os escores do Moca com os escores da HADS (Tabela 8).

Tabela 8- Distribuição de frequências e porcentagens de sintomas de ansiedade e depressão de pacientes com DRC em relação ao TNL

Variáveis	Moca		χ^2	p
	Caso n= 38 (64,4%)	Não Caso n= 21 (35,6%)		
HADS A			0,073	0,788
Com Sintomas	14 (36,8)	7 (33,3)		
Sem Sintomas	24 (63,2)	14 (66,7)		
HADS D			0,398	0,528
Com Sintomas	12 (31,6)	5 (23,8)		
Sem Sintomas	26 (68,4)	16 (76,2)		

O questionário de Falhas Cognitivas (CFQ) pode variar de 0 a 100 pontos e os escores mais elevados indicam maior ocorrência de falhas cognitivas. A média da população brasileira foi 35,58 ($\pm 12,12$) com o mínimo de pontos 10 e máximo 74 pontos (PAULA, 2007) e a pontuação média no presente estudo foi 31,51 ($\pm 13,56$), mediana 30,00 e mínimo 2 pontos e máximo de 59 pontos.

O coeficiente de correlação de Spearman entre a ferramenta de triagem neurocognitiva MoCA e o questionário de Falhas Cognitivas (CFQ) identificou uma correlação negativa ($r = -0,266$; $p = 0,042$), estatisticamente significativa, na qual os pacientes que apresentaram maior pontuação no CFQ (mais falhas cognitivas), tiveram menor pontuação no MoCA (maior comprometimento cognitivo), representado no gráfico de regressão linear pela Figura 3. Portanto, embora a correlação seja baixa, há confiabilidade entre os instrumentos.

Os escores do CFQ quanto ao comprometimento cognitivo avaliado pelo MoCA evidenciaram diferença significativa ($U = 558,5$, $p < 0,012$) no teste estatístico Mann Whitney para amostras não paramétricas; os pacientes com TNL apresentam mais falhas cognitivas quando avaliados pelo questionário CFQ.

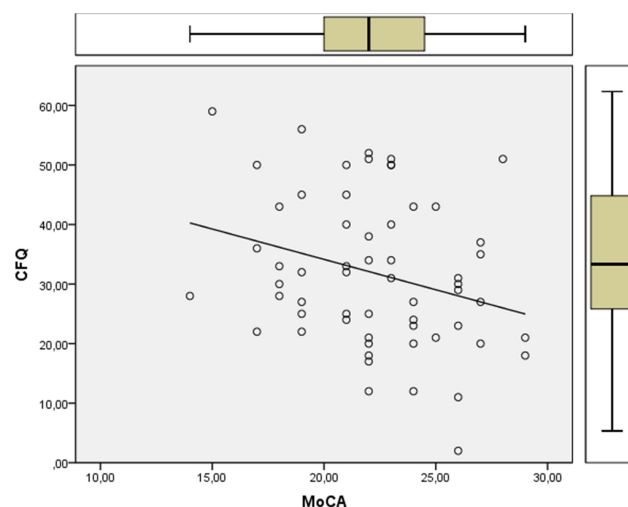


Figura 3: Regressão linear do resultado do Moca total dos pacientes com DRC com o CFQ total.

Legenda: CFQ: Questionário de Falhas Cognitivas; MoCA: Ferramenta de triagem neurocognitiva.

Foi realizada uma correlação do CFQ com a HADS, com os valores dos sintomas de depressão e sintomas de ansiedade. A Figura 4 apresenta o gráfico da regressão linear do resultado da HADS para depressão com o CFQ e foi estatisticamente significativo. Sendo uma correlação positiva para depressão ($r = 0,467$, $p = < 0,001$), ou seja, pacientes que apresentaram mais falhas cognitivas pelo CFQ, também apresentaram mais sintomas de depressão.

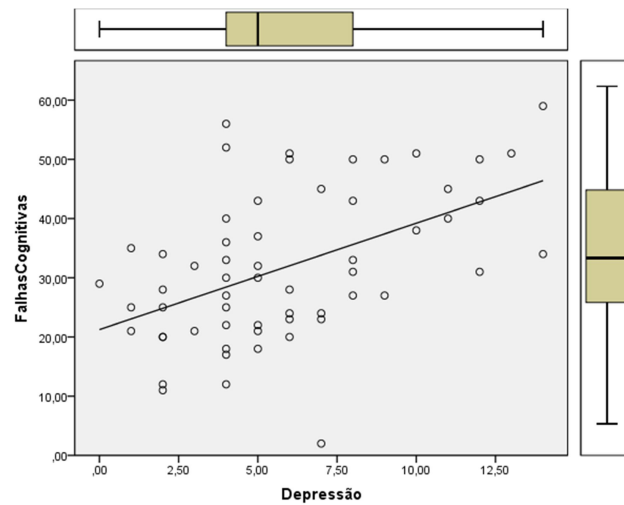


Figura 4: Regressão linear do resultado da HADS para sintomas de depressão dos pacientes com DRC com o CFQ.

A Figura 5 representa a regressão linear estatisticamente significativo contrastando resultados da HADS para sintomas de ansiedade com o CFQ. Sendo uma correlação positiva para ansiedade ($r = 0,450$, $p = <0,001$), ou seja, pacientes que apresentaram mais falhas cognitivas pelo CFQ, também apresentaram mais sintomas de ansiedade.

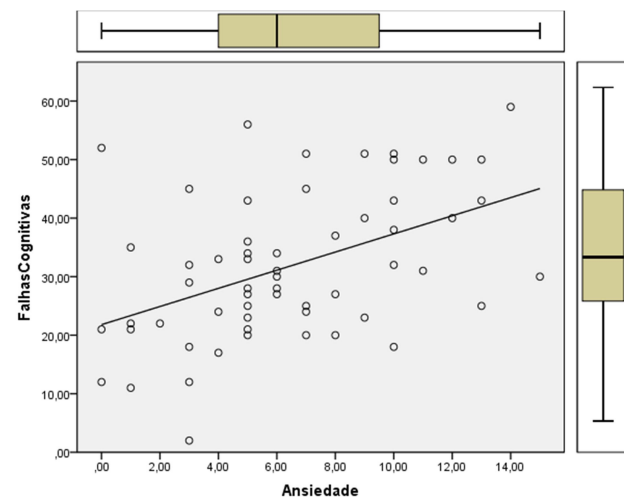


Figura 5: Regressão linear do resultado da HADS para sintomas de ansiedade dos pacientes com DRC com o CFQ.

O teste MEEM (BERTOLUCCI *et al.*, 1994) foi aplicado nos pacientes com idade acima de 60 anos. Nessa amostra houve somente seis pacientes, e foram utilizados os pontos de corte indicados por Almeida (1998). Todos os pacientes tiveram nota de corte ≥ 23 pontos

não considerando comprometimento cognitivo, no entanto, no teste MEEM, somente um paciente não se classificou como caso de TNL.

4.4.1 Análise multivariada

Na análise multivariada, tomados-se os resultados das associações obtidas considerando as variáveis independentes caso e não caso de TNL pelo MoCA, com as variáveis dependentes sociodemográficas e clínicas que apresentaram $p < 0,20$, realizou-se a regressão linear múltipla. A análise resultou em um modelo estatisticamente significativo [$F(2,56) = 12,642$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,311$], sendo estatisticamente significativos ter menor escolaridade ($\beta = -0,522$; $t = -4,695$; $p < 0,001$) e ser negro ($\beta = -0,243$; $t = 2,180$; $p = 0,033$), isto é, há mais casos TNL entre pacientes de baixa escolaridade e de etnia negra. (Tabela 9).

Tabela 9 - Regressão Linear Múltipla da variável TNL pelo MoCA em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes com DRC

Variáveis	β	t	p	IC (95%)
Escolaridade	-0,522	-4,695	<0,001*	-0,100, -0,040
Negro	0,242	2,180	0,033*	0,023, 0,554
Constante		8,315	<0,001*	0,937, 1,573

β = Coeficiente de correlação; t = teste t; IC = índice de confiança; * $p \leq 0,05$ (grau de significância).

Realizou-se a regressão logística binária, considerando as variáveis independentes caso e não caso de TNL pelo MoCA, com as variáveis dependentes sociodemográficas e clínicas que apresentaram $p < 0,20$. Na Tabela 10, são os dados do primeiro passo da análise. E a escolaridade se associou ao TNL independente da renda (proporção de acerto, matriz de confusão: 74,6% / R^2 de Nagelkerke de 0,356).

Tabela 10 - Regressão logística binária da variável TNL de pacientes com DRC e as variáveis escolaridade e renda

Variáveis	B	E.P	Wald	p	OR (IC95%)
Escolaridade	-0,337	0,118	8,122	0,004*	0,714 (0,555-0,900)
Renda	-0,447	0,447	0,877	0,349	0,640 (0,251-1,630)
Constante	4,996	1,417	12,437	<0,001*	1447,750

B= coeficiente de regressão; S.E= erro padrão; OR= odds ratio; IC= índice de confiança *p ≤ 0,05 (grau de significância).

No entanto, na Tabela 11, na regressão logística binária, a única variável que permaneceu no modelo final de regressão (proporção de acerto, matriz de confusão: 67,8%/ R² de Nagelkerke de 0,340) foi apresentar baixa escolaridade (OR= 0,684; IC 95%= 0,584-0,853).

Tabela 11 - Regressão logística binária da variável TNL de pacientes com DRC e as variáveis sociodemográficas e clínicas

Variáveis	B	E.P	Wald	p	OR (IC95%)
Escolaridade	-0,380	0,113	11,295	0,001*	0,684 (0,584-0,853)
Constante	4,357	1,221	12,721	<0,001*	77,997

B= coeficiente de regressão; S.E= erro padrão; OR= odds ratio; IC= índice de confiança *p ≤ 0,05 (grau de significância).

A partir dos resultados das análises bivariadas, realizou-se a regressão linear múltipla tomando-se os resultados das associações obtidas pelo CFQ. A Tabela 12 exibe o modelo final da regressão linear múltipla, construídos pelas variáveis com valores estatisticamente significativos, *stepwise backward*. A análise desse modelo foi estatisticamente significativa [F (2,55)= 12,956; p <0,001; R²= 0,414], sendo que há mais casos de TNL entre os pacientes de baixa escolaridade (β = -0,323; t= -3,26; p <0,003) com sintomas de ansiedade (β = 0,291; t= 2,463 p= 0,017) e com sintomas depressão (β = 0,337; t= 2,848; p= 0,006).

Tabela 12 - Regressão Linear Múltipla tendo como variável dependente a pontuação do CFQ dos pacientes com DRC em relação a variável sociodemográfica/escolaridade e sintomas de ansiedade e depressão

Variáveis	β	t	p	IC (95%)
Escolaridade	-0,323	-3,126	0,003*	-1,867, -0,408
Ansiedade	0,291	2,463	0,017*	0,180, 1,757
Depressão	0,337	2,848	0,006*	0,363, 2,089
Constante	28,873	6,396	<0,001*	19,826, 37,919

β = Coeficiente de correlação; t= teste t; IC = índice de confiança; *p $\leq$ 0,05 (grau de significância)

4.5 Característica da População segundo qualidade de vida

Primeiramente, serão apresentados os resultados descritivos referentes à qualidade de vida da amostra e, depois, os resultados em análise bivariada e multivariada.

As dimensões do questionário KDQOL- SF são divididas em genéricas e específicas. No que se refere às medidas genéricas, pode se observar que as dimensões avaliadas mais afetadas foram aspectos físicos ($41,10 \pm 37,93$) e estado geral de saúde ($50,1 \pm 22,70$). Com relação às dimensões específicas, a menor pontuação foi o papel profissional ($17,80 \pm 35,67$) e a sobrecarga da doença renal crônica ($56,57 \pm 28,44$). Esses dados encontram-se na Tabela 13.

Tabela 13- Média ($\pm$ DP) do instrumento de qualidade de vida KDQOL-SF dos pacientes com DRC

Dimensões (número de itens)	
<i>Genéricas</i>	
Capacidade Funcional	67,03 ($\pm$ 22,78)

Aspectos Físicos	41,10 ($\pm$ 37,93)
Dor	59,79 ($\pm$ 26,73)
Estado Geral de Saúde	50,16 ($\pm$ 22,70)
Bem-estar emocional	71,73 ($\pm$ 21,60)
Função Emocional	55,37 ($\pm$ 40,41)
Função social	66,53 ($\pm$ 30,13)
Energia/Fadiga	59,15 ($\pm$ 23,31)

Específicas

Lista de sintomas e problemas	77,68 ($\pm$ 14,76)
Efeitos da doença renal	64,72 ($\pm$ 20,23)
Sobrecarga da doença renal	56,57 ($\pm$ 28,44)
Papel profissional	17,80 ($\pm$ 35,67)
Função cognitiva	84,41 ($\pm$ 18,35)
Qualidade Interação Social	72,99 ($\pm$ 22,98)
Função Sexual*	82,86 ($\pm$ 25,20)
Sono	68,77 ($\pm$ 20,99)
Apoio Social	75,42 ($\pm$ 29,26)
Estímulo da equipe de diálise	84,96 ($\pm$ 19,67)
Saúde Global	66,10 ($\pm$ 16,92)
Satisfação do paciente	70,90 ($\pm$ 17,67)

*Função Sexual: 35 pacientes sexualmente ativos.

As médias das dimensões dos índices de Qualidade de vida foram no geral todos acima de 50,00, apenas o aspectos físicos e o papel profissional foi menor que 50,00.

As Tabelas 14, 15 e 16 apresentam as pontuações médias e seus respectivos desvios-padrão obtidos dos índices de Qualidade de Vida, bem como do teste U de Mann-Whitney ou do teste Kruskal Wallis, comparando se as distribuições das pontuações em cada dimensão, em relação às variáveis: sexos, faixa etária e ocupação respectivamente.

O resultado referente à variável sexo foi estatisticamente significativo, na dimensão genérica para: a capacidade funcional ($U= 548,50$, $p= 0,011$) e na dor ($U= 613,50$, $p < 0,001$) e na dimensão específica para: lista de sintomas e problemas ($U= 544,0$, $p= 0,013$), sendo as mulheres com pontuação menor.

Tabela 14– Pontuações Médias ($\pm$ DP) dos itens do KDQOL-SF de pacientes com DRC quanto ao sexo

Dimensões (número de itens)	Média (± DP)/Sexos		U	p
<i>Genéricas</i>	Masculino	Feminino		
Capacidade Funcional	72,43 (± 22,29)	56,50 (± 20,33)	548,5	0,011*
Aspectos Físicos	44,87 (± 38,12)	33,75 (± 37,41)	454,0	0,291
Dor	68,78 (± 24,27)	42,25 (± 22,65)	613,5	<0,001*
Estado Geral de Saúde	66,41 (± 18,27)	65,50 (± 14,31)	350,5	0,525
Bem-estar emocional	72,92 (± 20,44)	69,40 (± 24,07)	482,0	0,772
Função Emocional	61,53 (± 39,39)	43,33 (± 40,60)	408,0	0,125
Função social	66,98 (± 30,95)	65,62 (± 29,20)	407,5	0,775
Energia/Fadiga	63,20 (± 21,68)	51,25 (± 24,86)	498,0	0,083
<i>Específicas</i>				
Lista sintomas e problemas	80,48 (± 14,79)	72,18 (± 13,38)	544,0	0,013*
Efeitos da doença renal	67,22 (± 20,33)	59,84 (± 19,58)	491,0	0,105
Sobrecarga da doença renal	58,65 (± 28,51)	52,50 (± 28,56)	444,5	0,380
Papel profissional	17,94 (± 37,14)	17,50 (± 33,54)	379,5	0,816
Função cognitiva	86,32 (± 16,18)	80,66 (± 21,94)	448,0	0,342
Qualidade Interação Social	75,04 (± 25,02)	68,99 (± 16,26)	491,5	0,102
Função Sexual (35)#	83,15 (± 23,41)	82,29 (± 29,41)	131,5	0,824
Sono	71,34 (± 20,33)	63,75 (± 21,84)	464,0	0,235
Apoio Social	77,34 (± 27,16)	71,66 (± 33,37)	417,5	0,646
Estímulo da equipe de diálise	87,17 (± 17,55)	80,62 (± 23,11)	450,5	0,288
Saúde Global	66,41 (± 18,27)	65,50 (± 14,31)	403,0	0,832
Satisfação do paciente	73,07 (± 16,49)	66,66 (± 19,49)	460,5	0,230

#Somente 35 pacientes responderam ; *p $\leq$ 0,05 (grau de significância).

Na relação faixa etária, foi realizada a análise com o teste Kruskal Wallis, e houve diferenças estatísticas significativas entre as distribuições da pontuação na dimensão genérica

para: aspecto físico ($H= 9,693$, $p= 0,046$) e dor ($H= 9,701$, $p= 0,046$), pacientes entre 60 a 65 anos de idade apresentaram pior pontuação, e na dimensão específica para: lista de sintomas e problemas ($H= 12,546$, $p= 0,014$), efeitos da doença renal ($H= 16,415$, $p= 0,003$), sobrecarga da doença renal ($H= 13,101$, $p= 0,011$), função cognitiva ($H= 10,12$, $p= 0,038$) e satisfação do paciente ($H= 14,770$, $p= 0,005$).

15– Pontuações das Médias ($\pm$ DP) dos itens do KDQOL-SF de pacientes com DRC comparadas com a faixa etária

Dimensões (número de itens)

Média ($\pm$ DP)/ Faixa etária

H

p

<i>Genéricas</i>	20-29	30-39	40-49	50-59	60-65		
Capacidade Funcional	85,71 ($\pm$ 9,75)	68,88 ($\pm$ 16,91)	60,45 ($\pm$ 26,87)	67,11 ($\pm$ 24,17)	54,16 ($\pm$ 17,15)	7,797	0,099
Aspectos Físicos	75,00 ($\pm$ 35,35)	29,16 ($\pm$ 45,87)	27,27 ($\pm$ 30,52)	46,15 ($\pm$ 37,87)	25,00 ($\pm$ 27,95)	9,693	0,046*
Dor	78,92 ($\pm$ 12,32)	43,88 ($\pm$ 20,08)	63,40 ($\pm$ 31,50)	63,17 ($\pm$ 25,66)	40,00 ($\pm$ 25,64)	9,701	0,046*
Estado Geral de Saúde	50,00 ($\pm$ 19,14)	45,00 ($\pm$ 23,58)	43,63 ($\pm$ 18,17)	59,03 ($\pm$ 23,41)	31,66 ($\pm$ 16,93)	8,723	0,068
Bem-estar emocional	77,14 ($\pm$ 17,39)	52,44 ($\pm$ 24,20)	68,72 ($\pm$ 22,40)	78,46 ($\pm$ 17,56)	70,66 ($\pm$ 24,48)	7,915	0,440
Função Emocional	57,14 ($\pm$ 41,78)	44,44 ($\pm$ 40,82)	39,32 ($\pm$ 35,95)	64,10 ($\pm$ 39,91)	61,11 ($\pm$ 49,06)	3,758	0,095
Função social	87,50 ($\pm$ 10,20)	54,16 ($\pm$ 27,95)	55,68 ($\pm$ 33,70)	73,55 ($\pm$ 28,79)	50,00 ($\pm$ 31,62)	8,933	0,063
Energia/Fadiga	75,71 ($\pm$ 16,93)	51,66 ($\pm$ 26,57)	49,09 ($\pm$ 21,30)	62,69 ($\pm$ 22,90)	54,16 ($\pm$ 22,22)	8,641	0,071
<i>Específicas</i>							
Lista sintomas e problemas	88,39 ($\pm$ 6,11)	69,21 ($\pm$ 17,98)	69,31 ($\pm$ 14,49)	81,08 ($\pm$ 13,70)	78,56 ($\pm$ 10,26)	12,546	0,014*
Efeitos da doença renal	78,57 ($\pm$ 17,98)	50,34 ($\pm$ 24,97)	51,13 ($\pm$ 21,02)	72,47 ($\pm$ 13,94)	61,46 ($\pm$ 11,46)	16,415	0,003*
Sobrecarga da doença	77,67 ($\pm$ 26,23)	29,86 ($\pm$ 24,76)	49,43 ($\pm$ 27,73)	62,50 ($\pm$ 25,37)	59,37 ($\pm$ 24,60)	13,101	0,011*

Papel profissional	21,42 (±39,33)	16,66 (±35,55)	18,18 (±40,45)	17,03 (±34,47)	16,66 (±40,82)	0,223	0,994
Função cognitiva	81,90 (±20,98)	60,73 (±22,71)	63,02 (±28,02)	78,97 (±21,63)	73,33(±8,43)	10,120	0,038*
Qualidade Interação Social	88,57 (±10,69)	71,85 (±22,05)	76,96 (±18,46)	89,48 (±17,50)	89,99 (±13,16)	9,001	0,061
Função Sexual	100,00	91,07 (±15,66)	68,75 (±36,86)	79,68 (±25,76)	75,00	6,828	0,145
Sono	76,42 (±17,61)	62,77 (±27,34)	61,13 (±21,83)	71,25 (±18,69)	72,08 (±22,77)	3,332	0,504
Apoio Social	90,47 (±18,89)	74,07 (±25,15)	66,66 (±34,96)	71,79 (±31,54)	91,66 (±13,94)	5,796	0,215
Estímulo da equipe	78,57 (±22,49)	79,16 (±23,38)	88,63 (±18,07)	87,50 (±19,03)	83,33 (±18,81)	2,563	0,633
Saúde Global	61,42 (±19,51)	56,66 (±15,00)	61,81 (±14,01)	72,69 (±16,62)	65,00 (±16,43)	7,520	0,111
Satisfação do paciente	76,19 (±18,89)	59,25 (±22,22)	63,63 (±16,35)	79,48 (±11,83)	58,33 (±13,94)	14,770	0,005*

*p ≤ 0,05 (grau de significância)

Na variável ocupação, a diferença estatística foi observada somente na dimensão específica de papel profissional ($H= 29,283$, $p < 0,001$) e da função cognitiva ($H= 13,900$, $p= 0,031$). Os pacientes que realizam atividade laboral apresentaram melhor percepção da qualidade de vida no papel profissional do que aquelas pacientes que não estão trabalhando. Já na variável escolaridade, foi encontrada diferença estatística significativa somente na dimensão genérica para o estado geral de saúde ($H= 10,887$, $p= 0,012$). Os pacientes com escolaridade de 1 a 4 anos tiveram uma média de $64,4 (\pm 17,5)$, de 5 a 8 anos $36,2 (\pm 21,1)$, de 9 a 11 anos $48,6 (\pm 18,9)$ e de 12 anos ou mais uma média $61,4 (\pm 18,3)$. Em outras palavras, os pacientes com baixa escolaridade têm a percepção de estado geral de saúde melhor do que os pacientes com escolaridade mais alta.

Tabela 16– Pontuações Médias ($\pm$ DP) dos itens do KDQOL-SF de pacientes com DRC comparadas com a variável ocupação

Dimensões (número de itens)		Média ($\pm$ DP) / Ocupação							H	p
<i>Genéricas</i>	A	AT	AI	AD	Des	DL	Em			
Cap. Funcional	70,00($\pm$ 42,42)	85,00($\pm$ 25,98)	64,23($\pm$ 18,35)	65,00($\pm$ 23,93)	81,42($\pm$ 14,00)	52,22($\pm$ 19,05)	95,00 ($\pm$ 7,07)	12,347	0,055	
Aspectos Físicos	87,50($\pm$ 17,67)	66,66($\pm$ 14,43)	42,30($\pm$ 38,70)	36,95($\pm$ 39,07)	17,85($\pm$ 18,89)	38,88($\pm$ 41,66)	87,50($\pm$ 17,67)	9,222	0,161	
Dor	72,50($\pm$ 38,89)	53,33($\pm$ 18,42)	60,57($\pm$ 28,54)	65,65($\pm$ 24,79)	50,71($\pm$ 28,23)	43,33($\pm$ 25,21)	90,00	9,006	0,173	
Est. Geral de Saúde	55,00	61,66($\pm$ 35,47)	42,69($\pm$ 20,77)	49,78($\pm$ 19,56)	50,00($\pm$ 30,68)	58,88($\pm$ 27,01)	42,50($\pm$ 17,67)	3,729	0,713	
Bem-estar emoc.	90,00 ($\pm$ 8,45)	76,00($\pm$ 17,43)	82,76($\pm$ 15,86)	64,00($\pm$ 26,00)	62,28($\pm$ 21,14)	77,33($\pm$ 10,77)	72,00($\pm$ 6,97)	8,476	0,295	
Função Emocional	100,00	66,66($\pm$ 57,73)	69,23($\pm$ 39,58)	47,82($\pm$ 39,98)	38,09($\pm$ 40,49)	44,44($\pm$ 33,33)	100,00	9,893	0,129	
Função social	100,00	66,66($\pm$ 31,45)	74,03($\pm$ 31,23)	59,79($\pm$ 31,97)	64,28($\pm$ 20,95)	61,11($\pm$ 31,52)	93,75 ($\pm$ 8,83)	6,956	0,325	
Energia/Fadiga	62,50($\pm$ 17,67)	75,00($\pm$ 22,91)	61,15($\pm$ 16,85)	55,86($\pm$ 27,90)	69,28($\pm$ 12,05)	50,00($\pm$ 26,33)	62,50($\pm$ 24,74)	3,322	0,768	
<i>Específicas</i>										
Lista sint e prob.	85,41($\pm$ 8,83)	79,16($\pm$ 14,58)	79,00($\pm$ 13,29)	76,53($\pm$ 15,79)	78,57($\pm$ 11,58)	72,45($\pm$ 18,77)	92,70 ($\pm$ 4,41)	4,096	0,664	
Efeitos da DR	78,12($\pm$ 13,25)	63,54($\pm$ 16,03)	62,74($\pm$ 19,15)	64,67($\pm$ 18,18)	58,03($\pm$ 34,69)	65,62($\pm$ 16,82)	85,94($\pm$ 15,47)	3,952	0,682	
Sobrecarga da DR	50,00	45,83($\pm$ 23,66)	61,53($\pm$ 27,81)	54,89($\pm$ 28,63)	38,39($\pm$ 38,43)	65,27($\pm$ 20,75)	90,62 ($\pm$ 4,41)	7,013	0,320	
Papel profissional	50,00($\pm$ 70,71)	100,00	3,84 ($\pm$ 13,86)	4,34 ($\pm$ 14,40)	35,71($\pm$ 47,55)	5,55 ($\pm$ 16,66)	100,00	29,283	<0,001*	
Função cognitiva	96,66 ($\pm$ 4,71)	100,00	94,87 ($\pm$ 7,77)	82,31($\pm$ 16,40)	67,62($\pm$ 23,20)	79,25($\pm$ 24,36)	96,66 ($\pm$ 4,71)	13,900	0,031*	
Qual Int Social	76,66($\pm$ 33,00)	93,33($\pm$ 11,54)	83,58($\pm$ 11,74)	64,63($\pm$ 26,39)	67,61($\pm$ 24,47)	76,29($\pm$ 16,70)	70,00($\pm$ 42,42)	8,189	0,225	

Função Sexual	100	100,00	75,00(±12,50)	82,29(±29,41)	92,85(±12,19)	72,91(±39,06)	100,00	7,181	0,304
Sono	85,00 (±3,53)	75,83(±21,26)	71,92(±21,77)	65,76(±18,23)	72,85(±34,41)	62,22(±15,22)	71,25(±33,58)	4,775	0,573
Apoio Social	83,33(±23,57)	88,88(±19,24)	84,61(±19,79)	73,91(±26,98)	78,57(±29,99)	68,51(±41,20)	25,00(±35,35)	5,669	0,461
Estímulo da equipe	87,50(±17,67)	100,00	92,30(±14,91)	86,95(±19,39)	75,00(±25,00)	76,38(±20,19)	62,50(±17,67)	11,698	0,069
Saúde Global	70,00(±14,14)	86,66(±11,54)	65,47(±16,64)	63,47(±15,25)	62,85(±22,88)	70,00(±15,81)	60,00(±28,28)	6,244	0,396
Satisfação	75,00(±11,78)	61,11(±19,24)	73,07(±17,39)	75,36(±15,78)	59,52(±25,19)	66,66(±16,66)	75,00(±11,78)	5,226	0,515

* $p \leq 0,05$ (grau de significância).

Legenda: Cap.funcional.: Capacidade Funcional ; Bem-estar emoc.: Bem-Estar emocional; Lista sint e probl.: Lista de sintomas e problemas; Efeitos da DR: Efeitos da Doença Renal ; Sobrecarga da DR: Sobrecarga da Doença Renal; Qual Int Social: Qualidade de interação social; A: aposentado; AT: aposentado e trabalhando; AI: aposentado por invalidez; AD: auxílio doença, Des: Desempregado, DL: Do Lar; Em: empregado.

Diante das características clínicas, foi encontrada diferença estatística significativa na dimensão específica, papel profissional ($H= 10,991$, $p= 0,027$), função sexual ($H= 10,193$, $p= 0,037$) e saúde global ($H= 11,092$, $p= 0,026$) em relação à doença de base (Tabela 17).

Em relação ao tempo que o paciente realiza a hemodiálise, foi encontrada diferença estatística significativa na dimensão específica para a satisfação do paciente ($H= 8,211$, $p= 0,040$), os pacientes com menor tempo de tratamento apresentaram melhor satisfação do que aqueles com maior tempo de tratamento, sendo as médias com desvio padrão: de 0 a 6 meses de tratamento apresentou uma média de $86,1 (\pm 12,5)$ de satisfação, de 7 a 36 meses $73,3 (\pm 25,3)$, 37 a 60 meses $72,7 (\pm 15,4)$ e mais de 60 meses $64,5 (\pm 17,9)$.

Tabela 17– Pontuações Médias ($\pm$ DP) dos itens do KDQOL-SF de pacientes com DRC no que concerne à doença de base

Dimensões (número de itens)	Média ($\pm$ DP)/ Doença de Base					H	p
	DM	HAS	GNS	RP	Outros		
<i>Genéricas</i>							
Capacidade Funcional	43,33 ($\pm$ 22,54)	67,22 ($\pm$ 21,80)	72,30 ($\pm$ 18,44)	62,50 ($\pm$ 10,60)	67,50 ($\pm$ 28,33)	3,326	0,505
Aspectos Físicos	33,33 ($\pm$ 57,73)	36,11 ($\pm$ 38,81)	38,46 ($\pm$ 33,25)	50,00 ($\pm$ 35,35)	53,57 ($\pm$ 39,04)	2,263	0,688
Dor	66,66 ($\pm$ 39,86)	59,62 ($\pm$ 23,18)	64,61 ($\pm$ 28,28)	68,75 ($\pm$ 12,37)	52,85 ($\pm$ 31,95)	1,883	0,757
Estado Geral de Saúde	40,00 ($\pm$ 18,02)	55,00 ($\pm$ 24,21)	43,84 ($\pm$ 20,32)	40,00 ($\pm$ 14,14)	50,35 ($\pm$ 23,49)	3,899	0,420
Bem-estar emocional	62,66 ($\pm$ 22,03)	70,66 ($\pm$ 21,19)	69,23 ($\pm$ 26,35)	86,00 ($\pm$ 2,82)	76,00 ($\pm$ 19,72)	2,066	0,396
Função Emocional	33,33 ($\pm$ 33,33)	56,78 ($\pm$ 37,91)	48,71 ($\pm$ 46,37)	100,00	57,14 ($\pm$ 42,22)	4,072	0,724
Função social	45,83 ($\pm$ 50,51)	65,74 ($\pm$ 28,29)	69,23 ($\pm$ 28,23)	56,25 ($\pm$ 8,83)	71,42 ($\pm$ 34,11)	1,708	0,789
Energia/Fadiga	41,66 ($\pm$ 33,29)	56,48 ($\pm$ 21,34)	58,84 ($\pm$ 29,09)	70,00	66,78 ($\pm$ 19,86)	3,551	0,470
<i>Específicas</i>							
Lista de sintomas e problemas	69,44 ($\pm$ 15,77)	78,46 ($\pm$ 10,93)	75,47 ($\pm$ 23,05)	74,99 ($\pm$ 5,89)	80,35 ($\pm$ 13,06)	2,088	0,720
Efeitos da doença renal	42,71 ($\pm$ 31,45)	68,05 ($\pm$ 17,83)	63,46 ($\pm$ 17,92)	54,69 ($\pm$ 6,63)	65,62 ($\pm$ 24,17)	4,409	0,353
Sobrecarga da doença renal	56,25 ($\pm$ 10,82)	57,63 ($\pm$ 27,64)	53,36 ($\pm$ 27,31)	65,62 ($\pm$ 13,25)	56,25 ($\pm$ 36,52)	0,550	0,968
Papel profissional	0	9,25 ($\pm$ 27,86)	7,69 ($\pm$ 18,77)	50,00 ($\pm$ 70,71)	42,85 ($\pm$ 47,46)	10,991	0,027*
Função cognitiva	68,88 ($\pm$ 25,23)	82,46 ($\pm$ 19,40)	88,20 ($\pm$ 12,81)	93,33 ($\pm$ 9,43)	86,66 ($\pm$ 19,91)	4,322	0,363

Qualidade Interação Social	51,11 (±30,06)	74,07 (±21,27)	70,76 (±26,74)	80,00	76,66 (±22,60)	2,681	0,612
Função Sexual	0	75,83 (±25,64)	93,05 (±14,12)	75,00	94,44 (±11,02)	10,193	0,037*
Sono	73,33 (±19,41)	64,72 (±21,29)	70,57 (±15,71)	85,00 (±17,67)	71,60 (±25,61)	3,164	0,531
Apoio Social	77,77 (±25,45)	73,45 (±28,96)	80,76 (±22,40)	91,66 (±11,78)	71,42 (±38,35)	0,782	0,941
Estímulo da equipe de diálise	83,33 (±28,86)	82,87 (±18,39)	93,26 (±14,97)	87,50 (±17,67)	81,25 (±24,39)	3,646	0,455
Saúde Global	60,00 (±10,00)	72,22 (±15,52)	54,61 (±9,67)	65,00 (±21,21)	66,42 (±20,97)	11,092	0,026*
Satisfação do paciente	77,77 (±9,61)	72,22 (±17,29)	69,23 (±21,35)	66,66 (±23,56)	69,04 (±7,11)	0,850	0,850

*p ≤ 0,05 (grau de significância)

Legenda: DM: Diabetes Mellitus; HAS: Hipertensão Arterial; GNC: Glomerulopatia; DCV: Doença Cardiovascular

Na comparação entre paciente com e sem sintomas de ansiedade, houve diferença estatística significativa na dimensão da qualidade de vida genérica para o bem-estar emocional (U= 182,00, p= 0,001) e a função emocional (U= 210,00, p= 0,002), e na dimensão específica à diferença estatística foi encontrada na lista de sintomas e problemas (U= 266,00, p= 0,034), função cognitiva (U= 235,500, p= 0,008), qualidade de interação social (U= 207,500, p= 0,002), sono (U= 265,000, p= 0,034) e apoio social (U= 279,500, p= 0,048) (Tabela 18).

Tabela 18- Pontuações Médias ($\pm$ DP) dos itens do KDQOL-SF de pacientes com DRC em relação aos sintomas e sem sintomas de ansiedade pelo HADS

	Média ($\pm$ DP) / Ansiedade			
	Com Sintomas n= 21(35,6%)	Sem Sintomas n= 38(64,4%)	U	p
<i>Genéricas</i>				
Capacidade Funcional	67,38 ($\pm$ 23,43)	66,84 ($\pm$ 22,73)	404,500	0,930
Aspectos Físicos	45,23 ($\pm$ 36,75)	38,81 ($\pm$ 38,85)	436,000	0,546
Dor	57,38 ($\pm$ 24,06)	61,11 ($\pm$ 28,32)	362,000	0,557
Estado Geral de Saúde	48,33 ($\pm$ 25,26)	51,18 ($\pm$ 21,44)	374,500	0,697
Bem-estar emocional	58,66 ($\pm$ 20,60)	78,94 ($\pm$ 18,75)	182,000	0,001*
Função Emocional	33,33 ($\pm$ 33,33)	67,54 ($\pm$ 39,12)	210,00	0,002*
Função social	70,72 ($\pm$ 32,26)	58,92 ($\pm$ 24,73)	285,500	0,067
Energia/Fadiga	56,66 ($\pm$ 21,52)	60,52 ($\pm$ 24,40)	343,500	0,378
<i>Específicas</i>				
Lista de sintomas e problemas	72,91 ($\pm$ 14,92)	80,31 ($\pm$ 14,18)	266,000	0,035*
Efeitos da doença renal	61,46 ($\pm$ 20,76)	66,53 ($\pm$ 19,97)	334,000	0,302
Sobrecarga da doença renal	47,61 ($\pm$ 34,93)	61,51 ($\pm$ 23,18)	299,500	0,113
Papel profissional	26,19 ($\pm$ 40,67)	13,15 ($\pm$ 32,22)	467,000	0,137
Função cognitiva	77,45 ($\pm$ 19,71)	88,24 ($\pm$ 16,58)	235,500	0,008*
Qualidade Interação Social	61,58 ($\pm$ 22,10)	79,29 ($\pm$ 21,18)	207,500	0,002*
Função Sexual	81,73 ($\pm$ 28,2)	83,52 ($\pm$ 23,90)	143,000	1,00
Sono	60,71 ($\pm$ 24,62)	73,22 ($\pm$ 17,47)	265,000	0,034*
Apoio Social	64,28 ($\pm$ 33,03)	81,57 ($\pm$ 25,34)	279,500	0,048*

Estímulo da equipe de diálise	80,95 (± 23,25)	87,17 (± 17,31)	347,500	0,371
Saúde Global	65,71 (± 14,34)	66,31 (± 18,36)	395,500	0,955
Satisfação do paciente	65,87 (± 19,34)	73,69 (± 16,26)	309,000	0,130

*p ≤ 0,05 (grau de significância)

Na comparação entre pacientes com sintomas e sem sintomas de depressão, houve diferença estatística significativa na dimensão genérica para bem-estar emocional (U= 10,7000, p <0,001), função social (U= 220,500, p= 0,020) e energia/fadiga (U= 167,500, p= 0,001), e na dimensão específica para a lista de sintomas e problemas (U= 196,500, p= 0,007), efeitos da doença renal (U= 235,500, p= 0,042), função cognitiva (U= 205,000, p= 0,009), qualidade de interação social (U= 161,500, p= 0,001), apoio social (U= 200,500, p= 0,006) e estímulo da equipe (U= 235,500, p= 0,026). Os resultados encontram-se na Tabela 19.

Em relação aos resultados do MoCA, não foi encontrado nenhum resultado estatisticamente significativo com as pontuações dos domínios de qualidade de vida.

Tabela 19- Pontuações Médias (± DP) dos itens do KDQOL-SF de pacientes com DRC em relação aos sintomas e sem sintomas de depressão pelo HADS

	Média (± DP) / Depressão		U	p
	Com Sintomas	Sem Sintomas		
	n= 17 (28,8%)	n= 42 (71,2%)		
<i>Genéricas</i>				
Capacidade Funcional	61,47 (± 2,82)	69,28 (± 22,64)	288,500	0,250
Aspectos Físicos	29,41 (± 34,50)	45,83 (± 38,61)	265,000	0,113
Dor	53,82 (± 26,89)	62,20 (± 26,60)	288,000	0,246
Estado Geral de Saúde	45,58 (± 25,05)	52,02 (± 21,72)	283,500	0,216
Bem-estar emocional	51,76 (± 21,70)	79,80 (± 15,62)	107,000	<0,001*
Função Emocional	43,13 (± 38,66)	60,31 (± 40,48)	272,000	0,138
Função social	52,94 (± 28,13)	72,02 (± 29,45)	220,500	0,020*
Energia/Fadiga	43,23 (± 22,42)	65,59 (± 20,60)	167,500	0,001*
<i>Específicas</i>				

Lista sint e prob	72,05 ($\pm$ 9,34)	79,96 ($\pm$ 15,99)	195,500	0,007*
Efeitos da DR	56,06 ($\pm$ 23,55)	68,23 ($\pm$ 17,85)	235,500	0,042*
Sobrecarga da DR	48,16 ($\pm$ 31,77)	59,97 ($\pm$ 26,62)	283,500	0,216
Papel profissional	14,70 ($\pm$ 34,29)	19,04 ($\pm$ 36,55)	336,000	0,627
Função cognitiva	74,11 ($\pm$ 22,95)	88,57 ($\pm$ 14,44)	205,000	0,009*
Qualidade Int social	57,64 ($\pm$ 22,59)	79,20 ($\pm$ 20,25)	161,500	0,001*
Função Sexual	70,00 ($\pm$ 38,72)	88,00 ($\pm$ 15,51)	98,000	0,339
Sono	64,8 ($\pm$ 25,10)	70,35 ($\pm$ 19,18)	303,500	0,370
Apoio Social	61,76 ($\pm$ 27,49)	80,95 ($\pm$ 28,41)	200,500	0,006*
Estímulo da equipe	75,00 ($\pm$ 23,79)	88,98 ($\pm$ 16,38)	235,500	0,026*
Saúde Global	62,35 ($\pm$ 15,62)	67,61 ($\pm$ 17,36)	284,500	0,216
Satisfação do paciente	69,60 ($\pm$ 18,85)	71,42 ($\pm$ 17,37)	348,500	0,880

* $p \leq 0,05$ (grau de significância)

Legenda: Lista sint e prob: Lista de sintomas e problemas; DR: Doença Renal; Qualidade Int social: Qualidade de interação social.

A partir desses resultados da análise bivariada, efetuou-se a regressão linear múltipla, sendo que a variável dependente é cada dimensão da qualidade de vida, e as variáveis independentes, aquelas que na análise bivariada, associaram-se a cada dimensão com $p < 0,25$. Na Tabela 20 encontram-se os modelos finais da regressão linear múltipla, construídos segundo o critério de *stepwise backward*, para cada dimensão do questionário KDQOL- SF.

Tabela 20 - Regressão Linear Múltipla dos itens do KDQOL-SF de pacientes com DRC em relação as variáveis sociodemográficas, clínicas, sintomas de depressão e ansiedade

Dimensões do KDQOL	β	t	p	IC (95%)
Genéricas				
Capacidade Funcional				
Sexo	-0,334	2,676	0,010*	4,005; 27,866
Constante	56,500	11,664	<0,001*	46,800; 66,200
Dor				
Sexo	0,454	4,062	<0,001*	13,453; 39,611
Constante	42,250	7,956	<0,001*	31,616, 52,884

Bem- estar emocional				
Sintomas de Ansiedade	-0,336	-3,015	0,004*	-3,167, -0,638
Sintomas de Depressão	-0,457	-4,101	<0,001*	-4,215, -1,449
Constante	100,671	21,828	<0,001*	91,432, 109,910
Função Emocional				
Sintomas de Ansiedade	-0,578	-5,345	<0,001*	-8,420, -3,831
Constante	94,923	11,071	<0,001	77,754, 112,092
Função Social				
Sintomas de Depressão	-0,297	2,350	<0,001*	-4,759, -0,380
Constante	81,637	10,946	0,022*	66,702, 96,572
Energia/Fadiga				
Sintomas de Depressão	-0,398	-3,278	<0,001*	-4,291, -1,037
Constante	74,821	13,497	0,002*	63,720, 85,921
Específicas				
Lista de sintomas e problemas				
Sexo	0,250	2,032	0,047*	70,763, 88,709
Sintomas de Ansiedade	-0,287	-2,328	0,024*	0,110, 15,366
Constante	79,736	17,802	<0,001*	-2,066, 0,155
Efeitos da Doença Renal				
Sintomas de Depressão	-0,349	-2,808	0,007*	-3,467, -0,580
Constante	76,628	15,588	<0,001*	66,785, 86,472
Sobrecarga da Doença renal				
Sintomas de Ansiedade	-0,364	-2,953	0,005*	-4,560, -0,874
Constante	74,116	10,763	<0,001*	60,326, 87,906
Papel Profissional				
Sintomas de Depressão	-0,537	-4,800	<0,001*	-4,004, -1,646

Constante	100,019	25,165	<0,001*	92,980, 109,057
Qualidade Interação Social				
Sintomas de Depressão	-0,520	-5,599	<0,001*	-4,924, -1,937
Constante	93,168	18,313	<0,001*	82,981, 103,356
Sono				
Sintomas de Ansiedade	-0,289	-2,277	0,027*	-2,988, -0,191
Constante	79,035	15,129	<0,001*	68,675, 89,496
Apoio Social				
Sintomas de Depressão	-0,294	-2,323	0,024*	-4,598, -0,341
Constante	89,945	12,406	<0,001*	75,426, 104,463
Estímulo da equipe de diálise				
Sintomas de depressão	-0,347	-2,796	0,007*	-3,364, -0,556
Constante	96,486	20,178	<0,001*	86,911, 106, 061
Saúde Global				
Faixa Etária	0,262	2,054	0,045*	0,092, 7,324
Constante	54,034	8,639	<0,001*	41,509, 66,560

β = Coeficiente de correlação; t= teste t; IC = índice de confiança; *p $\leq$ 0,05 (grau de significância)

No que se refere à Qualidade de Vida na análise multivariada, a pior pontuação obtida da dimensão genérica para capacidade funcional (β = -0,334; t= 2,679; p= 0,010) e dor (β = 0,454; t= 4,062; p= <0,001) mantiveram-se independentemente associados com o sexo feminino. Para o domínio bem-estar emocional, foram preditores de pior nível de qualidade de vida apresentar sintomas de ansiedade (β = -0,336; t= -3015; p= 0,004) e sintomas de depressão (β = -0,457 t= -4,101; p <0,001). No entanto, a pior pontuação do domínio função emocional associou-se independentemente aos sintomas de ansiedade (β = -0,578; t= 5,345; p <0,001). E nos domínios função social (β = -0,297; t= 2,350; p <0,001) e energia/fadiga (β = -0,398; t= 3,278; p <0,001) a pior pontuação associou-se independentemente com apresentar sintomas de depressão.

Na dimensão específica a pior pontuação obtida na lista de sintomas e problemas associou-se independentemente com ser do sexo feminino ($\beta = 0,250$; $t = 2,032$; $p = 0,047$) e apresentar sintomas de ansiedade ($\beta = -0,287$; $t = 2,328$; $p = 0,024$). Contudo, a pior qualidade de vida nas dimensões sobrecarga da doença renal ($\beta = -0,364$; $t = -2,953$; $p = 0,005$) e sono ($\beta = -0,289$; $t = -2,277$; $p = 0,027$) associou-se apenas aos sintomas de ansiedade. Já nos domínios efeitos da doença renal crônica ($\beta = -0,349$; $t = -2,808$; $p = 0,007$), papel profissional ($\beta = -0,537$; $t = -4,800$; $p < 0,001$), qualidade de interação social ($\beta = -0,520$; $t = -5,599$; $p < 0,001$) apoio social ($\beta = -0,294$; $t = -2,323$; $p = 0,024$) e estímulo da equipe de diálise ($\beta = -0,347$; $t = -2,796$; $p = 0,007$) a piora da qualidade de vida desses domínios associou-se independentemente apenas à presença de sintomas depressivos. Por fim, a pior pontuação do domínio saúde global associou-se independentemente com a faixa etária ($\beta = 0,262$; $t = 2,054$; $p = 0,045$), paciente com idade de 30 a 39 anos tiveram a pior qualidade de vida neste domínio.

4.6 Características da Estratégia de Enfrentamento

Os dados obtidos com a análise do Coeficiente α de Cronbach revelaram alto grau com fiabilidade e consistência interna do instrumento utilizado, o Inventário de Estratégias de *Coping* (FOLKMAN; LAZARUS, 1984). Dos 66 itens analisados, todos apresentaram Coeficiente α de Cronbach superior a 0,80, quando analisados individualmente, e quando analisados os 46 itens que compõem os domínios de coping, o Coeficiente α de Cronbach deu 0,720.

As médias dos escores dos domínios das estratégias de enfrentamento dos pacientes avaliados encontram-se distribuídas na Tabela 21. Verifica-se que a média geral mais alta dos fatores de *coping* concentram-se nas estratégias relacionadas à Fuga e Esquiva e Resolução de Problemas, respectivamente. Pode-se afirmar que esses dois domínios foram as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos pacientes da amostra do estudo. Os domínios de Confronto e Aceitação de Responsabilidade obtiveram as médias mais baixas, considerando então as estratégias de enfrentamento menos utilizadas para lidar com a situação estressora causada pela doença renal crônica.

Tabela 21- Média (DP) dos domínios de *Coping* utilizadas pelos paciente com DRC

Domínios de <i>Coping</i>	Média	Desvio Padrão
1- Confronto	0,89	0,52
2-Afastamento	1,42	0,77
3- Autocontrole	1,68	0,54
4- Suporte Social	1,82	0,66
5- Aceitação de Responsabilidade	1,21	0,52
6- Fuga e Esquiva	2,34	0,77
7- Resolução de Problemas	2,17	0,56
8- Reavaliação Positiva	1,79	0,54

Quando comparadas com os dados sociodemográficos e clínicos, houve diferença estatisticamente significativa em relação à variável sexo, no domínio afastamento ($U = 544,00$, $p = 0,013$), cujos homens usaram mais essa estratégia de enfrentamento do que às mulheres, esses dados encontram-se na tabela 22.

Tabela 22- Médias ($\pm$ DP) das estratégias de *Coping* dos pacientes com DRC comparadas aos sexos

Domínios de <i>Coping</i>	Média ($\pm$ DP) Sexo		U	p
	Masculino n= 39 (38,6%)	Feminino n= 20 (19,8%)		
1- Confronto	0,91 ($\pm$ 0,54)	0,85 ($\pm$ 0,46)	410,00	0,747
2-Afastamento	1,47 ($\pm$ 0,54)	1,32 ($\pm$ 1,10)	521,50	0,034*
3- Autocontrole	1,77 ($\pm$ 0,54)	1,52 ($\pm$ 0,52)	488,50	0,112
4- Suporte Social	1,80 ($\pm$ 0,65)	1,85 ($\pm$ 0,68)	354,00	0,563
5-Aceitação de Responsabilidade	1,26 ($\pm$ 0,56)	1,10 ($\pm$ 0,42)	466,00	0,221
6- Fuga e Esquiva	2,33 ($\pm$ 0,74)	2,37 ($\pm$ 0,85)	359,50	0,609
7- Resolução de Problemas	2,17 ($\pm$ 0,57)	2,17 ($\pm$ 0,56)	389,00	0,987
8- Reavaliação Positiva	1,78 ($\pm$ 0,54)	1,80 ($\pm$ 0,51)	364,00	0,676

* $p \leq 0,05$ (grau de significância)

Na comparação entre paciente com transplante renal anterior e sem transplante renal, houve diferença estatisticamente significativa nos domínios afastamento ($U= 281,500$, $p= 0,017$), aceitação e responsabilidade ($U= 272,500$, $p= 0,32$) e reavaliação positiva ($U= 275,00$, $p= 0,028$), cujo pacientes que já haviam realizado o transplante renal anteriormente usaram mais essas estratégias de enfrentamento do que os pacientes que nunca transplantaram. (Tabela 23).

Tabela 23- Médias ($\pm$ DP) das estratégias de *Coping* dos pacientes com DRC em relação ao transplante anterior

Domínios de <i>Coping</i>	Média ($\pm$ DP) Transplante anterior		U	p
	Sim n= 7 (11,8%)	Não n= 52 (88,1%)		
1- Confronto	1,11 ($\pm$ 0,53)	0,86 ($\pm$ 0,52)	230,500	0,262
2-Afastamento	1,81 ($\pm$ 0,41)	1,37 ($\pm$ 0,80)	281,500	0,017*
3- Autocontrole	1,88 ($\pm$ 0,60)	1,66 ($\pm$ 0,54)	230,000	0,272
4- Suporte Social	2,21 ($\pm$ 0,45)	1,77 ($\pm$ 0,66)	257,500	0,076
5-Aceitação de Responsabilidade	1,65 ($\pm$ 0,53)	1,15 ($\pm$ 0,49)	272,500	0,032*
6- Fuga e Esquiva	2,23 ($\pm$ 0,69)	2,34 ($\pm$ 0,79)	176,000	0,900
7- Resolução de Problemas	2,17 ($\pm$ 0,56)	2,14 ($\pm$ 0,56)	235,000	0,224
8- Reavaliação Positiva	1,79 ($\pm$ 0,54)	1,73 ($\pm$ 0,53)	275,000	0,028*

* $p \leq 0,05$ (grau de significância)

Na comparação dos pacientes com sintomas e sem sintomas de ansiedade, houve diferença estatisticamente significante somente no domínio confronto ($U= 631,00$, $p < 0,001$). Os pacientes com sintomas de ansiedade ($41,7 \pm 18,0$) usaram essa estratégia mais que os pacientes sem sintomas de ansiedade ($24,5 \pm 14,4$). Na Tabela 24 estão as comparações dos pacientes com sintomas e sem sintomas de depressão, e houve diferença estatisticamente significante nos domínios confronto ($U= 528,000$, $p= 0,007$), suporte social ($U= 205,500$, $p= 0,011$) e fuga e esquiva ($U= 487,00$, $p= 0,023$).

Tabela 24- Médias ($\pm$ DP) das estratégias de *Coping* dos pacientes com DRC comparadas com sintomas e sem sintomas de depressão

Domínios de <i>Coping</i>	Depressão		U	p
	Com sintomas n=17(28,8%)	Sem Sintomas n=47(71,2%)		
1- Confronto	1,16 ($\pm$ 0,50)	0,78 ($\pm$ 0,49)	528,000	0,007*
2-Afastamento	1,71 ($\pm$ 1,58)	1,31 ($\pm$ 0,52)	424,000	0,260
3- Autocontrole	1,77 ($\pm$ 0,66)	1,65 ($\pm$ 0,50)	392,500	0,549
4- Suporte Social	1,49 ($\pm$ 0,52)	1,96 ($\pm$ 0,66)	205,500	0,011*
5-Aceitação de Responsabilidade	1,31 ($\pm$ 0,60)	1,17 ($\pm$ 0,48)	417,500	0,309
6- Fuga e Esquiva	2,70 ($\pm$ 0,43)	2,20 ($\pm$ 0,81)	487,000	0,023*
7- Resolução de Problemas	2,13 ($\pm$ 0,47)	2,19 ($\pm$ 0,60)	338,000	0,747
8- Reavaliação Positiva	1,76 ($\pm$ 0,56)	1,80 ($\pm$ 0,54)	332,000	0,675

*p $\leq$ 0,05 (grau de significância)

Na comparação entre pacientes com e sem TNL, não houve diferença estatisticamente significativa em nenhum domínio de estratégia de enfrentamento.

Foram calculados os coeficientes de correlação de Spearman entre as estratégias de *coping* com as dimensões de qualidade de vida dos pacientes dessa amostra dos grupos, caso e não caso de TNL.

Foram encontradas correlações significativas nos pacientes com TNL, na estratégia de *coping* no fator confronto com as seguintes dimensões de qualidade de vida: lista de sintomas e problemas ($r = -0,546$, $p < 0,001$), efeitos da doença renal ($r = -0,478$, $p = 0,002$), sobrecarga da doença renal crônica ($r = -0,352$, $p = 0,030$) função cognitiva ($r = -0,487$, $p = 0,002$), qualidade da interação social ($r = -0,569$, $p < 0,001$), apoio social ($r = -0,443$, $p = 0,005$) bem-estar emocional ($r = -0,662$, $p < 0,001$), função emocional ($r = -0,559$, $p < 0,001$), função social ($r = -0,457$, $p = 0,004$) e energia/fadiga ($r = -0,378$, $p = 0,019$).

O fator afastamento correlacionou-se negativamente com função cognitiva ($r = -0,341$, $p = 0,036$), bem-estar emocional ($r = -0,374$, $p = 0,021$) e com a função social ($r = -0,441$, $p = 0,006$). No fator autocontrole, a correlação negativa estatisticamente significativa foi com a qualidade de interação social ($r = -0,358$, $p = 0,027$), e com função sexual ($r = -0,459$, $p =$

0,042). No fator Aceitação de Responsabilidade, a correlação foi negativa com o bem-estar emocional ($r = -0,399$, $p = 0,013$), função emocional ($r = -0,330$, $p = 0,043$) e função social ($r = -0,324$, $p = 0,047$) (Tabela 25).

No fator Suporte Social, a correlação significativa foi somente com a função social ($r = 0,421$, $p = 0,008$) e na Fuga e Esquiva a correlação significativa foi com a lista de sintomas e problemas ($r = -0,341$, $p = 0,036$). Não foram encontradas correlações nos fatores Resolução de Problema e na Reavaliação Positiva.

Tabela 25- Correlações de Spearman entre itens do KDQOL-SF e do Inventário de *Coping* em pacientes com TNL

Fator/ Dimensões		Confronto	Afastamento	Autocontrole	Aceitação Responsabilidade
Lista de sintomas e problemas	r	-0,546	-0,164	-0,177	0,108
	p	<0,001*	0,324	0,289	0,518
Efeitos da Doença Renal	r	-0,478	-0,047	-0,070	0,108
	p	0,002*	0,779	0,676	0,517
Sobrecarga da Doença Renal	r	-0,352	0,032	-0,261	-0,333
	p	0,030*	0,848	0,114	0,845
Papel Profissional	r	-0,021	-0,075	0,246	-0,269
	p	0,902	0,656	0,136	0,103
Função Cognitiva	r	-0,487	-0,341	-0,218	-0,233
	p	0,002*	0,036*	0,189	0,159
Qualidade de Interação Social	r	-0,569	-0,261	-0,358	-0,291
	p	<0,001*	0,114	0,027*	0,077
Função Sexual	r	-0,332	-0,321	-0,459	-0,289
	p	0,152	0,168	0,042*	0,217
Sono	r	-0,307	-0,114	-0,189	-0,180
	p	0,061	0,388	0,256	0,280
Apoio Social	r	-0,443	-0,307	-0,260	-0,211
	p	0,005*	0,061	0,116	0,203
Estímulo da Equipe	r	-0,154	-0,100	0,040	-0,042
	p	0,357	0,551	0,811	0,803

Saúde Global	r	-0,300	0,098	-0,084	-0,083
	p	0,067	0,558	0,615	0,621
Satisfação do paciente	r	0,165	0,085	0,012	0,243
	p	0,322	0,614	0,943	0,141
Capacidade Funcional	r	-0,211	-0,139	0,012	-0,017
	p	0,204	0,406	0,943	0,921
Aspectos Físicos	r	-0,112	-0,178	0,010	-0,080
	p	0,504	0,285	0,951	0,632
Dor	r	-0,075	-0,128	0,034	0,273
	p	0,655	0,442	0,837	0,097
Estado Geral de Saúde	r	-0,227	0,013	-0,171	-0,045
	p	0,171	0,937	0,306	0,791
Bem-estar emocional	r	-0,662	-0,374	-0,308	-0,399
	p	<0,001*	0,021*	0,060	0,013*
Função Emocional	r	-0,549	-0,245	-0,096	-0,330
	p	<0,001*	0,239	0,565	0,043*
Função Social	r	-0,457	-0,441	-0,231	-0,324
	p	0,004*	0,006*	0,162	0,047*
Energia/Fadiga	r	-0,378	-0,200	-0,086	-0,231
	p	0,019*	0,228	0,606	0,162

*p ≤ 0,05 (grau de significância)

Nas correlações entre as estratégias de *coping* e as dimensões de qualidade de vida dos pacientes sem TNL, foram estatisticamente significativas o fator Confronto com o Estado Geral de Saúde ($r = -0,596$, $p = 0,004$), o fator Afastamento com a Saúde Global ($r = -0,459$, $p = 0,036$), o fator Auto Controle com a Capacidade Funcional ($r = -0,462$, $p = 0,035$) e o fator Resolução de Problemas com o Estado Geral de Saúde ($r = -0,509$, $p = 0,018$).

5. DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar o funcionamento cognitivo, emocional e a qualidade de vida de pacientes com DRC em hemodiálise, bem como suas estratégias de enfrentamento. O estudo investigou, ainda, as associações das características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos avaliados, com relação ao TNL no que concerne aos sintomas de depressão e ansiedade, qualidade de vida e estratégias de enfrentamento.

No presente estudo houve alta prevalência de TNL (64,4%), no que concerne ao subtestes do MoCA os pacientes exibiram *déficits* nos subtestes visuespacial, atenção e evocação, corroborando com os estudos de Paraizo *et al.* (2016). Importante ressaltar que na revisão sistemática de Gillis *et al.* (2019), na população geral, indivíduos com mais de 85 anos apresentam 60,1% incidência de TNL. Há evidências de que o comprometimento cognitivo possui maior prevalência nos doentes renais crônicos do que na população em geral (AMATNEEKS *et al.*, 2019). Entretanto, ainda há poucos estudos a respeito da utilização do MoCA como medida de screening de TNL. Na revisão sistemática de Amatneek *et al.* (2019) sobre a aplicação do MoCA no contexto da DRC, foi encontrada alta prevalência de TNL nos artigos analisados, variando de 28,9% até 74,6%, corroborando com o achado no presente estudo. Apenas dois estudos dessa revisão sistemática obtiveram prevalência de TNL $\geq 64\%$, o estudo de Lyasere *et al.* (2017) com prevalência de 64,5% em pacientes que realizavam DP e com idade média de 72,8 anos, e o estudo de Nikic *et al.* (2014) com prevalência de 75,6% de pacientes em HD e idade média de 60,9 anos. Os resultados encontrados estão em conformidade com hipótese inicial desse estudo de que o TNL é frequente entre os pacientes com DRC.

Nesta pesquisa, pacientes com TNL apresentaram uma média de anos de escolaridade menor que os pacientes sem TNL, desta forma a alta prevalência pode dever-se, em parte, à escolaridade, corroborando Paraizo (2015). A revisão sistemática de Siqueira *et al.* (2018) ressaltou a importância de se desenvolver pontos de corte MoCA controlando esta variável confundidora. Conforme recomendado na adaptação do MoCA para a população brasileira, foi acrescentado um ponto para indivíduos com menos de 12 anos de escolaridade, e ainda assim, obteve-se alta porcentagem de casos de TNL. Isso nos leva a considerar que outros fatores podem interferir no desempenho, além da escolaridade, como a renda familiar, que nessa pesquisa apresentou mais TNL nos pacientes com renda familiar menor que um salário mínimo, corroborando com o estudo de Silva *et al.* (2014).

Por outro lado, o desempenho poderia ser influenciado pelo processo de envelhecimento. De fato, foi encontrada uma prevalência de TNL em indivíduos não idosos e em estágios pré-dialíticos da DRC, tal como no estudo de Paraízo (2015). Entretanto, na presente amostra com pacientes em hemodiálise, a idade não determinou a presença de TNL, assim como o tempo de tratamento. Conforme Morsch *et al.* (2005), o tempo do tratamento é um importante marcador do agravamento das comorbidades, bem como um determinante na sobrevida de pacientes em TRS. No entanto, estudos prévios não observaram relação com o comprometimento cognitivo (BARROS, 2006; GUANARÉ, 2016), reforçando os resultados encontrados nesse estudo. A polifarmácia também poderia influenciar na prevalência dos pacientes com TNL, porém foi encontrada diferença nos indivíduos com uso da medicação Sevelamer que é indicado para o controle do fósforo sérico nos paciente com DRC. Não foi encontrado na literatura nenhum estudo que tenha realizado associação dessa medicação com o declínio cognitivo, por isso, esse resultado poderá contribuir para futuros estudos da relação dessa medicação com o comprometimento cognitivo. No entanto, é interessante ressaltar que os pacientes que fazem uso dessa medicação apresentavam hipersfosfatemia, além de, em alguns casos, hipocalcemia e déficit de vitamina D ativa causando o hiperparatireoidismo secundário (PORTO *et al.*, 2016). Sendo assim, a prevalência de TNL nos pacientes que fazem uso do Sevelamer pode ser justificada também por talvez apresentar déficit da vitamina D, corroborando com o estudo de Shaffi *et al.* (2013).

Na análise múltipla, a baixa escolaridade e ser negro foram fatores relevantes para os pacientes apresentarem TNL, contudo, somente a baixa escolaridade foi preditor do TNL e corrobora com Queiroz (2010).

O instrumento de rastreio MoCA se relacionou com o questionário de Falhas Cognitivas (CFQ), e os pacientes que apresentaram maior comprometimento cognitivo também apresentaram mais falhas cognitivas. Cecato *et al.* (2014) evidenciou no MoCA uma forte relação com outros instrumentos já validados e de ampla aplicação no Brasil, semelhante ao resultado encontrado no presente estudo, porém não foi encontrando na literatura nenhum estudo sobre a relação desses dois instrumentos, MoCA e CFQ. A correlação encontrada nesse estudo foi uma correlação fraca, no entanto esse resultado poderá contribuir para estudos futuros na análise da validade convergente entre os dois instrumentos.

É interessante notar que estes pacientes com TNL também apresentaram mais sintomas de ansiedade e de depressão, no entanto esses resultados foram dependentes dos instrumentos de mensuração. Por exemplo, o MoCA não revelou associação aos sintomas depressivos e ansiosos, corroborando os estudos de Condé *et al.* (2010) e Paraízo (2015).

Entretanto é importante pontuar que esses pesquisadores utilizaram instrumentos de mensuração mais específicos ao passo que no presente estudo predominaram medidas de rastreio. Condé *et al.* (2010) utilizaram os instrumentos MEEM, Dígitos, Códigos, Teste do Relógio e o Teste fluência verbal para o rastreio de declínio cognitivo e o Inventário de Beck de Depressão (BDI) para depressão. Paraizo (2015) incluiu na avaliação neuropsicológica além do MoCA, Teste do Relógio, Digit Span ordem direta e inversa, fluência verbal fonêmica e semântica, punho-borda-mão, memória 10 figuras, memória lógica 1 e 2, teste pictórico de memória e códigos e a depressão foi investigada com o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI Plus). Por outro lado, no questionário de Falhas Cognitivas (CFQ), a mesma amostra evidenciou uma relação significativa com os sintomas depressivos e de ansiedade, como é um questionário que se baseia no autorrelato pode ter relação com a baixa autoeficácia definida por Bandura, 1997, e também foi similar aos achados de Bossola *et al.* (2012) que utilizou o MEEM para o rastreio neurocognitivo e o BDI para depressão. No entanto, conforme Siqueira *et al.* 2018 pontuam, é importante ressaltar que o instrumento MEEM que possui baixa sensibilidade para detectar TNL, sobretudo em fase inicial, portanto é compreensível que este instrumento não encontre déficits cognitivos. Contudo, não foi encontrado na literatura nenhum estudo acerca da associação entre sintomas de ansiedade com comprometimento cognitivo de pacientes com DRC. Beaudrau e O'Hara (2009) observaram associação de déficits cognitivos e sintomas ansiosos em uma amostra de indivíduos idosos, entretanto, não foi possível estabelecer causalidade. Esses resultados corroboram parcialmente com a hipótese do presente estudo, isto é, ansiedade e depressão apresentariam relação com o TNL.

Diante disso, pelo instrumento CFQ, foi encontrada associação do TNL com menor escolaridade, também apresentar sintomas de ansiedade e de depressão, corroborando com os estudos de outros autores (QUEIROZ, 2010; MARCHETTE 2014).

No entanto, não foram encontradas diferenças na qualidade de vida dos pacientes com TNL. Este resultado corrobora os estudos de Queiroz (2010) e de Marchette (2014), e refuta a hipótese desse estudo, que apontava piora na qualidade de vida associado ao déficit cognitivo. Por outro lado, os pacientes com sintomas de ansiedade e depressão apresentaram, de modo geral, piora nas dimensões da qualidade de vida, corroborando com o estudo de Ottaviani *et al.* (2016). Ou seja, nesse estudo, os pacientes com sintomas de depressão apresentaram piora da qualidade de vida nas dimensões de “bem-estar emocional”, “função social”, “energia”, “efeitos da doença renal crônica”, “qualidade de interação social”, “apoio social e estímulo da equipe”. Já os pacientes com sintomas de ansiedade apresentaram a piora da qualidade de vida

nos domínios de “bem-estar emocional”, “função emocional”, “lista de sintomas e problemas”, “sobrecarga da doença renal” e “sono”, corroborando com o estudo de Ottaviani *et al.* (2016).

Por fim, nas associações das estratégias de enfrentamento com a qualidade de vida nos pacientes com TNL, foram evidenciadas relações inversas entre estratégias focalizadas na emoção (Afastamento, Autocontrole, Aceitação de Responsabilidade, Fuga e Esquiva) e piora da qualidade de vida em várias dimensões. O *coping* focado na emoção abrange esforços cognitivos e comportamentais dirigidos a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos. Para alterar o estado emocional do indivíduo (ANTONIAZZI *et al.*, 1998), também foram encontradas relações inversas nas estratégias focadas no problema (Confronto e Reavaliação Positiva) com dimensões da QV. O *coping* focado no problema reflete esforços cognitivos e comportamentais com o intuito de lidar e resolver uma situação geradora de estresse (PEREIRA; BRANCO, 2011). Em situações avaliadas como modificáveis, o *coping* focalizado no problema tende a ser utilizado, enquanto o *coping* focalizado na emoção tende a ser mais utilizado nas situações avaliadas como inalteráveis (FOLKMAN; LAZARUS, 1980). No entanto, os pacientes sem TNL também apresentaram relação inversa da qualidade de vida com as estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção (Afastamento e Autocontrole), porém nas dimensões da QV, saúde global e capacidade funcional respectivamente e nas estratégias focalizadas no problema (Confronto e Resolução de Problema) ambos com o estado geral da QV. Estes achados corroboram o estudo de Lira *et al.* (2015), que encontrou associação negativa entre foco na emoção na baixa qualidade de vida em indivíduos com DCR. Conforme a hipótese desse estudo, pôde-se observar nos resultados encontrados que os pacientes com TNL apresentaram mais relações significativas com a baixa na qualidade de vida, do que os pacientes sem TNL, embora o desenho do estudo não permita estabelecer relações de causa e efeito

No presente estudo, foram observadas diferenças significativas entre dados sociodemográficos de ansiedade, depressão, qualidade de vida e estratégia de enfrentamento. O estudo de Fernandes *et al.* (2018) aponta que os transtornos de ansiedade estão associados à baixa renda e refuta o resultado encontrado nesse estudo. Os pacientes dessa amostra com renda mais alta apresentaram mais sintomas de ansiedade e essa diferença se deve ao fato de que os pacientes com renda familiar mais alta eram aqueles que exerciam atividade laboral, sendo, assim, mais ativos. Entretanto, devido a DRC, foram aposentados por invalidez, e consequentemente a renda destes indivíduos passou a ser complementada por outros membros da família, muitas vezes filhos, esposas, gerando um contexto de dependência que pode

contribuir para o aumento da ansiedade. As estratégias de enfrentamento usadas por pacientes com sintomas de ansiedade e depressão são diferentes dos pacientes sem esses sintomas. Não foram encontrados estudos de paciente com DRC com associação do modo de enfrentamento com depressão e ansiedade, porém o estudo de Chaves e Cade (2002) com mulheres hipertensas, encontrou-se diferenças nas estratégias de enfrentamento de mulheres com depressão, corroborando com o presente estudo.

Foram encontradas também diferenças na qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas, sexo, idade, ocupação, escolaridade, tempo de tratamento e com a doença de base. Na dimensão capacidade funcional, na dor e na lista de sintomas e problemas, as mulheres tiveram pior desempenho na qualidade de vida, dados semelhantes aos encontrados no estudo de Oliveira *et al.* (2016). A qualidade de vida dos pacientes idosos nas dimensões “aspectos físicos”, “dor” e “satisfação do paciente” foram menores do que nas outras faixas etárias, corroborando com o estudo de MARINHO *et al.* (2017), entretanto, diferindo destes autores, os pacientes mais jovens do presente estudo também tiveram uma pior percepção da sua qualidade de vida na “lista de sintomas e problemas”, “efeitos da doença renal” e “função cognitiva”. O estudo internacional de Urzúa *et al.* (2011) também encontrou pacientes idosos com piores escores da qualidade de vida apenas relacionado à capacidade física, e os pacientes mais jovens com dimensões da qualidade de vida específica para os DRC. Os pacientes aposentados por invalidez, ou que recebem auxílio doença, apresentaram pior percepção na dimensão de “papel profissional” e corroboram com o estudo de Guerrero-Guerra *et al.* (2012). Pacientes com baixa escolaridade tiveram a percepção de estado geral de saúde melhor do que os pacientes com escolaridade mais alta e contradiz o estudo de Jesus *et al.* (2013). No entanto, pacientes com baixa escolaridade têm mais dificuldades em compreender a doença crônica causando também uma pior adesão ao tratamento (TAVARES *et al.*, 2016), fato que pode ter contribuído para o achado nesse estudo.

No que refere ao tempo que o paciente realiza o TRS, os pacientes que realizam hemodiálise há mais de cinco anos apresentaram piora na dimensão “satisfação do paciente” na QV, refuta o estudo de OLIVEIRA *et al.* (2016), que apontaram que pacientes com mais de cinco anos de HD apresentam melhores escores para qualidade de vida. No entanto, quando observadas as médias de todas as dimensões da qualidade de vida com o tempo de tratamento, somente no domínio “satisfação do paciente” foi observado essa diferença. Pode-se justificar esse resultado, por talvez os pacientes que estão no tratamento há mais tempo apresentarem mais críticas e queixas com a equipe de saúde e se sentirem mais insatisfeitos. Por fim, os resultados apontaram diferença na qualidade de vida nas dimensões “papel profissional” e

“função sexual” com piora para pacientes com Diabetes Melitus, e na “saúde global” para os pacientes com Glomerulopatia, embora no geral os pacientes com DM tiveram pior percepção da sua qualidade de vida e corroboram com o estudo de Marchette (2014) que encontrou associações dos pacientes com DM com a qualidade de vida em várias dimensões.

É interessante notar diferenças significativas entre os homens e as mulheres no uso das estratégias de enfrentamento, o que refuta o estudo de Bertolin *et al.* (2011) que apontou o uso predominante de enfrentamento focado no problema, nos homens, diferente do resultado encontrado na amostra desse estudo, que o enfrentamento é focado na emoção. Justifica-se essa diferença, talvez porque os homens desse estudo tiveram um comportamento de maior negação com a DRC, comum em pacientes com doenças crônicas (DUARTE; HARTMANN, 2018).

5.1 Limitações

O presente estudo encontrou resultados importantes diante do objetivo do trabalho, contudo faz-se necessário muita cautela na generalização dos resultados encontrados devido ao tamanho da amostra, por serem todos os pacientes de uma mesma Unidade de Diálise, com características próprias e não de um conjunto de unidade de diferentes localidades, por não ter um grupo controle e o estudo ser de desenho transversal que não permite estabelecer relações de causa e efeito. Outro aspecto a considerar é que a pesquisadora também era a psicóloga da Unidade de Diálise, fato que também pode ter interferido nas respostas de alguns pacientes nas avaliações realizadas para o estudo.

5.2 Pontos Fortes

O estudo teve uma amostra com pacientes não idosos e com resultados importantes sobre o TNL.

5.3 Conclusões

O estudo mostrou que pacientes com DRC em hemodiálise apresentam uma grande prevalência de TNL mesmo em pacientes não idosos e com escolaridade mais baixa. Os resultados permitiram identificar que sintomas de ansiedade e de depressão parecem se associar ao TNL, assim como aqueles que fazem uso do quelante de fósforo (Sevelamer).

Além disso, ter menor escolaridade, presença de sintomas de ansiedade e de depressão, foram preditores de TNL. No entanto, o TNL parece não acarretar na piora da qualidade de vida, porém as estratégias de enfrentamento de pacientes com TNL tiveram piora da qualidade de vida, mais do que os pacientes sem TNL.

6. REFERÊNCIAS

- ABENSUR, H. Anemia da doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. XXVI, n. 3, p. 26-28, 2004.
- ALMEIDA, A. L. M.; *et al.* Montreal Cognitive Assessment (MoCA) no rastreio de comprometimento cognitivo leve (CCL) em pacientes com doença renal crônica (DRC) pré dialítica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 31-41, set./out 2016.
- AMATNEEKS, T. M.; HAMDAN, A. C. Montreal Cognitive Assessment para avaliação cognitiva na doença renal crônica: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 41, n.1, p 112-123, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0086>.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicologia hospitalar: Teoria e Prática**, São Paulo: Pioneira, 1995.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 2, p. 273-284, dez. 1998.
- BANDURA, A. Self-efficacy: The exercise of control. **W. H. Freeman and Company**. New York: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co, 1997.
- BARRETO, F.C.; *et al.* Em busca de uma melhor compreensão da doença renal crônica: uma atualização em toxinas urêmicas. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36, n. 2, p. 221-253, 2014.
- BARROS, T. M. Doença Renal Crônica: do doente e da dimensão familiar. In: MELLO FILHO, Júlio.; *et al.* **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 357-364.
- BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença Renal Crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010.
- BEAUDREU, S. A.; O'HARA, R. Late-life anxiety and cognitive impairment: a review. **The American Journal Of Geriatric Psychiatry**, v. 16, p. 790- 803, oct. 2008.

BERBER, I.; *et al.* Cognition in chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. **BCM Medicine**, v.14, n. 206, dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0745-9>

BERTOLIN, D.C.; PACE, A.E.; KUSUMOTA, L.; RIBEIRO, R.C.H.M. Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodialítico: revisão integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm [online]**, v. 21, n. spe, p. 179-186, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000500008>.

BERTOLUCCI, P. H., BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BOSSOLA, M. ; *et al.* Mini Mental State Examination over time in chronic hemodialysis patients. **J Psychosom Res**, v. 71, n. 1, p. 50-54, 2011.

BOTEGA, N. J.; *et al.* Transtornos do humor em enfermaria de clínica média e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo v. 29, n. 5, p. 355-363, out. 1995.

BROADBENT, D.E.; COOPER, P.F.; FITZGERALD, P.; PARKES, K.R. The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. **British Joournal of Clinical Psychology**, v. 21, n. 1, fev. 1982.

BRUCKI, S. M. D. Envelhecimento e memória. In: SANTOS, F. H.; ANDRADE, V.M (Org.); BUENOS, O. F. A (Org.). **Neuropsicologia hoje**, Porto Alegre: Artmed, 2015, v. 2, p. 389-399.

BUGNICOURT, J.; *et al.* Cognitive disordes and dementia in CKD: The neglected kidney-brain axis. **J.Am. Soc. Nephrol**, v. 24, n. 3, p. 353-363, marc. 2013.

CASTRO, E. K.; PONCIANO, C. F.; PINTO, D. W. Autoeficácia e qualidade de vida de jovens adultos com doenças crônicas. **Aletheia**, v. 31, p. 137-148, 2010.

CAVALCANTE, M. C. V.; *et al.* Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em um cidade do nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 79-86, jun. 2013.

CECATO, J. F.; MONTIEL, J. M.; BARTHOLOMEU, D.; MARTINELLI, J. E. Poder preditivo do MoCA na avaliação neuropsicológica de pacientes com diagnóstico de demência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 707-719, oct./ dec. 2014.

CESARINO, C. B.; CASAGRANDE, L. D. R. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 31-40, outubro 1998.

CHAVES, E. C.; CADE, N. V. Enfrentamento e sua relação com a ansiedade e com a depressão em mulheres com hipertensão. **Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 1-11, jun. 2002.

CHAIBEM, V. B. O.; *et al.* Cognição e função renal: achados de uma população brasileira. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 200-207, 2019.

CHILOFF, C. L. M.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; BALBI, A. L. Qualidade de vida no tratamento da doença renal crônica: um desafio. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo, v. 39, n. 4, p. 351-352, dez. 2017.

CONDÉ, S. A. de L.; FERNANDES, N.; SANTOS, F. R. dos.; CHOUAB, A.; MOTA, M. M. E. P. da.; BASTOS, M. G. Declínio cognitivo, depressão e qualidade de vida em pacientes de diferentes estágio da doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 32, n. 3, p. 242-248, 2010.

COSTA, G. M. A.; *et al.* Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Enfermería Global**, v. 43, p. 73-86, 2016. DOI: [https:// 10.3895/rbqv.v8n3.4426](https://10.3895/rbqv.v8n3.4426).

COUTINHO, N. P. S.; *et al.* Qualidade de vida de pacientes reanis crônicos em hemodiálise. **Revista de Pesquisa e Saúde**, v.11, n.1, p. 13-17, 2010.

CREMASCO, G. S.; BAPTISTA, M. N. Depressão e doença renal crônica: revisão integrativa da literatura. **Psicologia teoria e prática**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 360-376, dez. 2018.

DECKERS, K.; *et al.* Dementia risk in renal dysfunction. A systematic review and meta-analysis of prospective studies. **American Academy of Neurology**, v. 88, n. 2, p. 198-208, jan. 2017.

DUARTE, L.; HARTMANN, S. P. A autonomia do paciente com doença renal crônica: percepções do paciente e da equipe de saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 92-111, jun. 2018.

DUARTE, P. S.; MIYAZAKI, M. C. O. S.; CICONELLI, R. M.; SESSO, R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). **Revista da associação médica Brasileira** [online], v. 49, n. 4, p. 375-381, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302003000400027>.

FERNANDES, M, A.; *et al.* Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. **Rev Bras Enfermagem**, Internet, v. 71, n. 5, p. 2344-51, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0953>.

FONTOURA, F. A. P. **A compreensão de vida de pacientes submetidos ao transplante renal: significados, vivências e qualidade de vida**. 2012. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande.

FRANCO, A.O; STAROSTA,R.T; RORIZ-CRUS, M. O impacto específico de toxinas urêmicas em domínios cognitivos: uma revisão. **J.Bras. Nefrol**, v. 41, n.1, p. 103-111, 2018. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2018-0033

GESUALDO, G. D.; *et al.* Comprometimento cognitivo de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e sua relação com características sociodemográficas e clínicas. **Dement. Neuropsicol**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 221-226, setembro de 2017.

GILLIS, C.; *el al.* The incidence of mild cognitive impairment: A systematic review and data synthesis. **Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring**, v. 11, p. 248-245, 2019. DOI: 10.1016 / j.dadm.2019.01.004

GONÇALVES, F.A.; *et al.* Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou diálise peritoneal: estudo comparativo em um serviço de referência de Curitiba-PR. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.37, n.4, p. 467-474, 2015.

GUANARÉ, V.C.S.C.; *et al.* Fatores associados à função cognitiva de pacientes com Doença Renal Crônica. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 287-296, 2016.

GUERRA-GUERRO,V.; SANHUEZA-ALVARADO, O.; CÁCERES-ESPINA, M. Quality of life in people with chronic hemodialysis: association with sociodemographic, medical-clinical and laboratory variables. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 838-846, 2012.

HAGEMANN, P. M. S. **Efeitos da musicoterapia na qualidade de vida e nos sintomas depressivos no pacientes em hemodiálise**. 2015. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem)- Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2015.

HAYS, R. D.; KALLICH, J. D.; MAPES, D. L.; COON, S. J.; CARTER, W. B. **Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™)**. Version 1.3: a manual for use and scoring. Santa Monica: RAND/P-7994; 1997. p.1-39.

JESUS, N. M.; SOUZA, G. F.; *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 364-374, Sept. 2019.

KURELLA, M.; *et al.* Chronic kidney disease and cognitive impairment in the elderly: the health, aging, and body composition study. **American Journal of Kindney Diseases**, San Francisco, v.16, n.7, p. 2127-33, 2005. DOI: 10.1681/ASN.2005010005.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal, and coping. In: **The Coping Process: An Alternative to Traditional Formulations**. New York, 1984.

LIRA, C. L. O. B.; AVELAR, T. C.; BUENO, J. M. M. H. *Coping* e Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. **Estudos interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 6, n. 1, jun. 2015.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM V (American Psychiatric Association). Porto Alegre: Artmed: 2013.

MARCHETTE, J. C. N. **Função cognitiva e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica nos estádios III e IV**. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.

MARINHO, C. L. A.; *et al.* Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 18, n. 3, p. 396-403, 2017.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, Lisboa, v. 4, n.1, p.65-90, 2006.

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

MATTA, S. M.; *et al.* Alterações cognitivas na doença renal crônica: uma atualização. **J. Bras. Nefrol.**, v. 36, n. 2, p. 241-245, 2014. DOI: 10.5935/0101-2800.20140035.

MEMÓRIA, C. M.; YASSUDA, M.S.; NAKANO, E. Y.; FORLENZA, O. V. Brief screening for mild cognitive impairment: Validation of the Brazilian version of the Montreal cognitive assessment. **Internation Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 28, n. 1, p. 34-40, 2013.

MORSCH, C.; GONÇALVES, L. F.; BARROS, E. Índice de gravidade da doença renal, indicadores assistenciais e mortalidade em pacientes em hemodiálise. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 5, p. 296-300, sept./oct. 2005.

MURRAY, A. M.; *et al.* Cognitive impairment in hemodialysis patients is common. **Neurology, Minneapolis**, v. 67, n. 2, p. 216-223, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000025182.15532.40>.

NASREDDINE, Z. P. N. A.; *et al.* The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 53, n.4, p. 695-699, abr. 2005.

NETTO, T. M.; LADEIRA-FERNANDES, J. Perfil neuropsicológico preliminar de idosos com queixas mnemônicas e sintomas sugestivos de depressão. **Neuropsicologia Latinoamericana**, v.4, n. 4, p. 19-27, 2012.

OLIVEIRA, A. P.; SCHIMIDT, D. B.; SANTOS, J. C.; CAVALLET, L. H. R.; MICHEL, R. B. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua realação com a mortalidade, hospitalização e má adeão ao tratamento. **J Bras Nefrol.** v. 38, n. 4, p. 411-420, oct./ dec. 2016. DOI: [http:// dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20160066](http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20160066).

OTTAVIANI, A. C.; BETONI, L. C.; PARAVINI, S. C. I.; SAY, K. G.; ZAZZETTA, M. S.; ORLANDI, F. S. Associação entre ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Texto contexto Enferm**, v. 25, n. 3, ago. 2016.

PARAIZO, M. A. **Avaliação neuropsicológica em pacientes com doença renal crônica nos estágios 1 a 5-pré diálise**. Dissertação. 2015. 136.f (Mestrado em Saúde)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2015

PARAIZO, M. A.; ALMEIDA, A. L. M.; PIRES, L. A.; ABRITA, R. S. A.; CRIVELLARI, M. H. T.; PEREIRA, B. S.; FERNANDES, N. M. S.; BASTOS, M. G. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) screening mild cognitive impairment in patients with chronic kidney disease (CKD) pre-dialysis. **J Bras Nefrol.** v. 38, n.1, p. 31-41, 2016.

PAULA, J. J.; COSTA, D. S.; MIRANDA, D. M.; SILVA, M. A. R. Brazilian version of the Cognitive Failures Questionnaire (CFQ): cross-cultural adaptation and evidence of validity and reliability. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.11, p.11, dec. 2017.

PEREIRA, T. B.; BRANCO, V. L. R. As estratégias de Coping na Promoção à Saúde de Pacientes Oncológicos: Uma Revisão Bibliográfica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 8, n. 1, p. 24-31, jun. 2016.

PORTO, R. A.; TRUITE, M. R.; BUCHARLES, S. E. G.; HAUSER, A. B. Hiperparatireoidismo secundário: uma complicação da Doença Renal Crônica. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v.48, n.3, p. 182-188, Rio de Janeiro, jan. 2016.

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

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

REIS, M. B. B. Insuficiência renal e diálise. In: FRÁGUAS JÚNIOR, R.; FIGUEIRÓ, J.A.B. **Depressões em Medicina Interna e outras condições médicas-depressões secundárias**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 515-522.

RESENDE, M. C.; SANTO, F.A.; SOUZA, M. M.; MARQUES, T. P. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: Em busca de ajustamento psicológico. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 87-99, sep./out. 2007.

RIBEIRO, R. C. H. M.; *et al.* Caracterização e etologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. spe, p. 207-211, 2008.

ROMÃO JUNIOR, J. E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 1, p. 1-3, 2004.

RUDNICKI, T. Doença renal crônica: vivencia do paciente em tratamento de hemodiálise. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v.7, n. 1, p. 105-116, jan./jun.2014

SARMENTO, A. L. R. **Apresentação e aplicabilidade da versão brasileira da MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para rastreio de Comprometimento Cognitivo Leve.** 2009. 82.f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.

SAVÓIA, M. G.; SANTANA, P. R.; MEJIAS, N.P. **Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português.** Psicologia USP, São Paulo, v.7, n.1-2, p. 183-201, 1996.

SGANAOLIN, V.; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 34, n. 2, p. 109-116, 2012.

SHAFFI, K.; *et al.* Low 25-hydroxyvitamin D levels and cognitive impairment in hemodialysis patients. **Clin J Am Soc Nephrol**, v.8, n. 6, p. 979-986, jun. 2013.

SILVA, M. S.; *et al.* Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016; 24:e2752. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0411.2752>.

SILVA, K. A. L.; *et al.* Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal em tratamento hemodialítico. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v. 11, p. 4663-4670, 2017. DOI: 10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201716.

SILVA, R. A. R.; *et al.* Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Esc Anna Nery**, [SI], v. 20, n. 1, p 147-154, jan./marc. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160020>.

SINGH-MANOUX, A.; *etl al.* Timing of onset cognitive decline: results from Whitehall II prospective cohort study. **BMJ**, 344: D7622, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.d7622>

SIQUEIRA, G. S. A.; HAGEMANN, P. M. S.; COELHO, D. S.; SANGOS, F. H. D.; BERTOLUCCI, P.H. F. Can MoCA and MMSE Be Interchangeable Cognitive Screening Tools? A Systematic Review. **Gerontologist**, 2018. doi: 10.1093/geront/gny126.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA – SBN. **Censo da sociedade brasileira de nefrologia 2018.** São Paulo, 2019. Disponível em: < <http://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores> >. Acesso em: 21 de out. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA – SBN. **Hemodiálise**. São Paulo, 2018. Disponível em: < <https://sbn.org.br/publico/tratamentos/hemodialise/>>. Acesso em: 21 out. 2019.

SOUZA, F. T. Z; OLIVEIRA.; J. H. A. Sintomas depressivos e ansiosos no paciente renal crônico em tratamento conservador. **Rev. Psicol. Saúde**, v. 9, n. 3, p. 17-31, 2017.

TAVARES, D. M.; *et al.* Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 134-141, Feb. 2016.

THOMAS, C. V. **Fatores de personalidade, autoeficácia e depressão em pacientes e lista de espera para transplante renal**. 2009. 176.f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2009.

TIFFIN-RICHARDS, F. E.; COSTA, A. S.; HOLSCHBACH, B.; FRANK, R. D.; VASSILIADOU, A., KRUGER, T.; REETZ, K. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) - a sensitive screening instrument for detecting cognitive impairment in chronic hemodialysis patients. **PLoS One**, v. 9, n. 10, 2014. doi:10.1371/journal.

URZUA, A.; PAVLOV, R.; CORTÉS, R.; PINO, V . Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados. **Terapia Psicol**, Santiago , v. 29, n. 1, p. 135-140, jul. 2011. DOI: [dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100014](https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100014).

VELLOSO, R. L. M. Efeitos da hemodiálise no campo subjetivo dos pacientes renais crônico. **Cogito**, Salvador, v. 3, p.73-82, 2001.

VIGGIANO, D.; *et al.* Mechanisms of cognitive dysfunction in CKD. **Nat Rev Nephrol**, v.16, p. 452-469, mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41581-020-0266-9>.

VIGGIANO, D.; *et al.* Mild cognitive impairment and Kidney disease: clinical aspects. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 35, n. 1, p. 10–17, jan. 2020.

WEINER, D.E. The cognition-kidney disease connection: lessons from population-based studies in the United States. **Am. J. Kidney Dis.**, v.52, n.2, p.201-204, 2008. DOI: 10.1093/ndt/gfz051.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionadas à saúde (CID 11). 2019 Disponível em: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>> Acessado em 21 de out. 2019.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Scandinava, v. 67, n.6, p.361-370, jun.1983.

ANEXO A

Formulário Sociodemográfico e clínico

Data de Avaliação: ____/____/____

Data de Nascimento: ____/____/____

Variáveis sociodemográficas

1. **Sexo**
 - (1) Masculino
 - (2) Feminino
2. **Idade**
 - (1) 18-29 anos
 - (2) 30-49 anos
 - (3) 50-65 anos
3. **Escolaridade nº anos** ____
 - (1) 1-4 anos
 - (2) 5- 8 anos
 - (3) 2º grau completo
 - (4) Ensino superior incompleto
 - (5) Ensino superior completo
4. **Estado Cível**
 - (1) Solteiro (a)
 - (2) Casado (a)
 - (3) Viúvo (a)
 - (4) Amasiado (a)
5. **Número de filhos** ____
 - (1) Nenhum
 - (2) 1-3
 - (3) 4-6
 - (4) 7-10
6. **Ocupação**
 - (1) Empregado
 - (2) Desempregado
 - (3) Licença médica/auxílio doença
 - (4) Aposentado/pensionista
 - (5) Aposentado por invalidez
 - (6) Estudante
 - (7) Nunca trabalhou
 - (8) Dona de casa
7. **Renda Familiar**

Quantas pessoas vivem com a renda ____

 - (1) < 1 salário mínimo
 - (2) 1-2 salário mínimo
 - (3) 2 ou > salário mínimo
8. **Raça/etnia**
 - (1) Branco
 - (2) Negro
 - (3) Pardo
 - (4) Amarelo

Variáveis Clínicas

- 1. Doença de Base** _____
- 2. Comorbidades Associadas:**
 - (1) Hipertensão Arterial
 - (2) Diabetes
 - (3) Insuficiência Cardíaca
 - (4) Tabagismo
 - (5) Álcool
- 3. Tempo de tratamento (meses):** _____
- 4. Já realizou outro tipo de diálise:**
 - (1) Sim
 - (2) NãoQual? _____
- 5. Qual o acesso vascular:**
 - (1) Fístula
 - (2) Cateter
 - (3) Prótese
- 6. Transplante Renal Anterior?**
 - (1) Sim
 - (2) Não
- 7. Está na Fila de Transplante:**
 - (1) Sim
 - (2) Não

ANEXO B

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS CAMPUS BAURU -
JÚLIO DE MESQUITA FILHO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FUNCIONAMENTO COGNITIVO E EMOCIONAL DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS E SUAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Pesquisador: Maria Fernanda Assis Ribas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 89579418.7.0000.5398

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.712.719

Apresentação do Projeto:

O projeto se apresenta de forma adequada, seguindo as normas científicas/metodológicas consideradas importantes no cenário atual da pesquisa científica, com linguagem clara, objetiva e, portanto, suficientemente esclarecedora.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é avaliar o funcionamento cognitivo, emocionais e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise bem como suas estratégias de enfrentamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos imediatos para a população envolvida. No entanto os pesquisadores mencionam o suporte psicológico ou interrupção da pesquisa ao sinal de qualquer desconforto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta-se bem delimitada, com o objetivo e a metodologia articulados ao que se pretende investigar

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está em acordo com a resolução 466/12 e atende aos requisitos necessários para proteger a confidencialidade dos usuários dos serviços.

Recomendações:

Nada a declarar

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01

Bairro: CENTRO

CEP: 17.033-360

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3103-9400

Fax: (14)3103-9400

E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

**UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS CAMPUS BAURU -
JÚLIO DE MESQUITA FILHO**



Continuação do Parecer: 2.712.719

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa em conformidade com a resolução 466/10

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado aprovado por estar em conformidade com os parâmetros legais, metodológicos e éticos analisados pelo colegiado deste CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1119369.pdf	02/05/2018 20:42:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	mestrado.doc	02/05/2018 20:37:47	Maria Fernanda Assis Ribas	Aceito
Folha de Rosto	assinada.pdf	02/05/2018 20:23:40	Maria Fernanda Assis Ribas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	24/04/2018 20:53:36	Maria Fernanda Assis Ribas	Aceito
Outros	sociodemografico.docx	22/04/2018 17:13:54	Maria Fernanda Assis Ribas	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	22/04/2018 16:30:29	Maria Fernanda Assis Ribas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 14 de Junho de 2018

**Assinado por:
Mário Lázaro Camargo
(Coordenador)**

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01
Bairro: CENTRO CEP: 17.033-360
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3103-9400 Fax: (14)3103-9400 E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

ANEXO C



FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO
MÉDICO E HOSPITALAR
FAMESP ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

PARECER COMISSÃO CIENTÍFICA FAMESP

Nº: 018.18
DATA: 10.05.18

PESQUISA:

"FUNCIONAMENTO COGNITIVO E EMOCIONAL DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS E SUAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO"

ORIENTADOR(A):

PROFª DRª FLAVIA HELOISA DOS SANTOS

AUTORES:

MARIA FERNANDA ASSIS RIBAS

LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA:

HOSPITAL DE BASE DE BAURU

PARECER:

APROVADO COM PENDÊNCIA

PENDÊNCIA:

PARECER CONSUBSTÂNCIADO (AVAL CEP)

OBSERVAÇÕES:

Somente será permitido o início dos trabalhos na Unidade, após envio do Parecer Consubstanciado à Comissão Científica da FAMESP.

DR. GUSTAVO HIDEKI KAWANAMI
PRESIDENTE COMISSÃO CIENTÍFICA
FAMESP

Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar / FAMESP
Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 1-100 – Pres. Geisel
CEP: 17.033-360 - Bauru/SP
Telefone: (14) 3103-7777 Ramal 3331