

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000650015>

ASSOCIAÇÃO ENTRE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES RENAI CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE

Ana Carolina Ottaviani¹, Loren Carolina Betoni², Sofia Cristina Iost Paravini³, Karina Gramani Say⁴, Marisa Silvana Zazzetta⁵, Fabiana de Souza Orlandi⁶

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: anacarolina_ottaviani@hotmail.com

² Discente do Curso de Graduação em Gerontologia da UFSCar. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: loren.bett@hotmail.com

³ Doutora em Educação. Professora do Departamento de Gerontologia da UFSCar. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: sofiapavarini@gmail.com

⁴ Doutora em Fisioterapia. Professora do Departamento de Gerontologia da UFSCar. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: kagramanis@yahoo.com.br

⁵ Doutora em Serviço Social. Professora do Departamento de Gerontologia da UFSCar. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: marisazazzetta@yahoo.com.br

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Gerontologia da UFSCar. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: forlandi@ufscar.br

RESUMO: O objetivo foi analisar a relação entre a ansiedade e depressão e qualidade de vida de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. Estudo correlacional, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 100 pacientes renais em tratamento em uma Unidade de Terapia Renal Substitutiva do interior do Estado de São Paulo. Os dados foram coletados a partir do questionário para caracterização sociodemográfica, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form*. Verificou-se a existência de correlação negativa entre a ansiedade e depressão com os domínios de qualidade de vida. Ademais, a média dos domínios do *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form* foram significativamente menores nos pacientes com sintomas ansiosos e depressivos. Conclui-se que existe correlação negativa entre a depressão e ansiedade com a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.

DESCRIPTORES: Ansiedade. Depressão. Qualidade de vida. Insuficiência renal crônica. Enfermagem.

ASSOCIATION BETWEEN ANXIETY AND DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE OF CHRONIC RENAL PATIENTS ON HEMODIALYSIS

ABSTRACT: To analyze the relationship between anxiety and depression and quality of life in chronic renal failure patients on hemodialysis. This is a correlational study with a cross-sectional, quantitative approach, conducted with 100 kidney patients under treatment at a Renal Replacement Therapy Unit in the state of São Paulo. Data were collected using a sociodemographic questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale and *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form*. A negative correlation was found between anxiety and depression and the quality of life domains. In addition, the average scores on the *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form* were significantly lower in patients with anxiety and depressive symptoms. In conclusion, there is a negative correlation between depression and anxiety and the health-related quality of life of chronic renal failure patients on hemodialysis.

DESCRIPTORS: Anxiety. Depression. Quality of life. Renal insufficiency, chronic. Nursing.

ASOCIACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES RENALES CRÓNICOS EN HEMODIÁLISIS

RESUMEN: Analizar la relación entre ansiedad y depresión con la calidad de vida de los pacientes renales crónicos en hemodiálisis. Estudio correlacional, transversal, con un enfoque cuantitativo, realizado con 100 pacientes renales en tratamiento en una Unidad de Terapia de Reemplazo Renal en el estado de São Paulo. Los datos fueron obtenidos a partir del cuestionario de variables sociodemográficas, *Hospital Anxiety and Depression Scale* y *Kidney Disease and Quality of Life Short Form*. Se encontró una correlación negativa entre la ansiedad y depresión con los dominios de calidad de vida. Además, las puntuaciones medias de los dominios *Kidney Disease and Quality of Life Short Form* fueron significativamente inferiores en los pacientes con ansiedad y los síntomas depresivos. Concluimos que existe una correlación negativa entre la depresión y la ansiedad con la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

DESCRIPTORES: Ansiedad. Depresión. Calidad de vida. Insuficiencia Renal Crónica. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) consiste na perda progressiva e irreversível da função dos rins, sendo classificada de acordo com a taxa de filtração glomerular.¹ Atualmente, é considerada um sério problema de saúde pública em todo o mundo, com perspectiva de aumento substancial no número de pacientes tratados com diálise.² O mundo está enfrentando uma epidemia da DRC e o número desses pacientes está crescendo em maior escala nos países em desenvolvimento.³

Os pacientes com DRC que realizam a terapia renal substitutiva estão sujeitos à maior prevalência de transtornos de humor em relação à população em geral.⁴ As taxas de predomínio da ansiedade e depressão em pacientes em tratamento hemodialítico são elevadas, cerca de 30% a 45% e 20% a 30%, respectivamente.⁵⁻⁷ Essa condição pode representar um aumento na morbimortalidade dos pacientes em diálise, assim como comprometer a aderência à terapêutica e modular a sua situação imunológica e nutricional, tanto pelos sintomas da depressão ou da ansiedade em si como pelos sintomas associados, como perda da concentração, perda da motivação, distúrbios do sono, fadiga, humor depressivo e dificuldade de compreender informações.^{4,8}

Há evidências na literatura de que a ansiedade e a depressão estão associadas com a diminuição da qualidade de vida (QV).^{6,8} A QV é um conceito multidimensional e subjetivo e apresenta-se como um constructo multifatorial. Constituinte uma variável útil para determinar o impacto global das doenças e dos tratamentos médicos a partir da perspectiva do indivíduo, e sua medida é potencialmente útil para aplicação na pesquisa e prática clínica para demonstrar o possível benefício das intervenções terapêuticas.⁹

Para evitar ambiguidade e distinguir entre QV em seu senso mais amplo e em sua aplicação específica relacionada aos parâmetros médicos e clínicos, o termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é frequentemente utilizado.¹⁰ A QVRS aborda aspectos relevantes que englobam a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos a elas relacionados à saúde. Diante disso, a avaliação da QVRS tem se tornado um importante indicador de saúde e bem-estar dos pacientes portadores de DRC. Seus resultados são frequentemente utilizados para determinar a efetividade do cuidado em saúde e os efeitos dos tratamentos, bem como a alocação de recursos e o desenvolvimento de políticas de saúde.¹¹

Considerando os impactos dos transtornos de humor associados ao tratamento hemodialítico, evidenciado em diversos estudos, a importância desta pesquisa baseia-se na necessidade de aumentar o conhecimento e discussão sobre os mesmos.⁵⁻⁷ Além disso, espera-se que o estudo contribua para a discussão entre os enfermeiros e demais profissionais de saúde atuantes nos Centros de Diálise do Brasil, sobre possíveis formas de melhorar a QVRS dos pacientes renais crônicos. Vale destacar a importância do profissional de enfermagem no fornecimento de cuidados e atenção individuais, assim como no adequado planejamento da assistência, com vistas a garantir a qualidade do atendimento em saúde. A DRC e o tratamento dialítico podem trazer prejuízos e mudanças que acarretam alterações, em termos de integridade física e emocional, refletindo em uma pior qualidade de vida.⁶

Frente ao exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre a ansiedade e a depressão com qualidade de vida de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico.

MÉTODO

Estudo de abordagem quantitativa, do tipo correlacional, de corte transversal, desenvolvido em uma Unidade de Terapia Renal Substitutiva do interior do Estado de São Paulo. O Serviço de Nefrologia, no período da pesquisa, atendia 150 pacientes do Sistema Único de Saúde e beneficiários de convênios, abrangendo as cidades de São Carlos, Porto Ferreira, Descalvado, Ibaté, Ribeirão Bonito e Itirapina.

A amostra foi dimensionada por conveniência, com um total de 100 participantes que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de DRC em estágio terminal e estar em tratamento hemodialítico. Após o convite, foi informado o objetivo da presente estudo e sanadas possíveis dúvidas. Com a concordância em participar do estudo, todos os respondentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados foram utilizados um Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS*) e o *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form (KDQOL-SF)*. O questionário de caracterização sociodemográfica e avaliação de saúde foi elaborado para este estudo. Foram incluídas como variáveis sociodemográficas: gênero, idade, estado civil, ocupação, renda, escolaridade e religião. A caracterização da saúde foi

feita elencando-se informações da causa da doença renal e interesse em realizar o transplante renal.

A HADS, elaborada em 1983 e adaptada e validada para língua portuguesa em 1995, avalia os níveis de ansiedade e depressão.¹²⁻¹³ Contém 14 questões do tipo múltipla escolha e compõe-se de duas subescalas, uma de ansiedade (HADS-A) e outra depressão (HADS-D), com sete itens em cada domínio. A pontuação varia de 0-21 em cada subescala. Para a interpretação dos valores, considera-se que quanto mais alta a pontuação, maior a gravidade dos sintomas. Na presente pesquisa, adotaram-se os pontos de corte informados na literatura brasileira,¹² sendo que escores abaixo de oito não indicam sintomas de ansiedade e depressão, já pontuações iguais ou superiores a oito pontos são indicativos de tais sintomas.

O KDQOL-SF, desenvolvido pelo *Working Group*, em 1997, e traduzido e validado para o contexto brasileiro em 2003, é um instrumento que avalia QVRS no contexto da DRC, aplicável a pacientes que realizam algum tipo de programa dialítico.¹⁴ Tal questionário é composto por 80 itens, divididos em 19 dimensões, sendo 11 específicas da doença renal crônica e oito genéricas, as quais são analisadas separadamente, resultando em médias de valores e identificando os reais problemas relacionados à saúde dos pacientes. A pontuação final varia de zero a 100, onde 100 é a melhor classificação e zero a pior, na avaliação da qualidade de vida do paciente.

Os referidos instrumentos foram aplicados previamente à sessão de hemodiálise ou, na sua impossibilidade, nas duas primeiras horas de tratamento. Considerando a possibilidade de algum dos participantes apresentarem problemas visuais e/ou baixo nível instrucional, a aplicação do instrumento foi por meio de entrevista individual, no período de junho a agosto de 2014. Não foi realizada avaliação cognitiva, visto que todos os participantes apresentaram condições de responder aos questionários sem o auxílio de um acompanhante.

Os dados foram digitados em planilha formatada do programa *Excel* e transportados para a análise no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS para *Windows*), versão 22.0. Para análise descritiva dos dados, foram calculadas as medidas de posição (média, mínima e máxima) e de dispersão (desvio-padrão). Foi utilizado o alfa de Cronbach (α) para verificar a consistência interna da escala HADS e KDQOL-SF. Neste estudo adotou-se o valor de referência de $\alpha \geq 0,70$, como satisfatório.¹⁵

Além disso, foram realizados cálculos correlacionais (coeficiente de correlação de Person) e teste t

de Student para a comparação da QV dos grupos com ou sem presença de sintomas ansiosos e depressivos. Neste estudo, a magnitude das correlações foi classificada como fraca ($<0,3$); moderada (0,3 a 0,59); forte (0,6 a 0,9) e perfeita (1,0).¹⁶ O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de p-valor $\leq 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (Parecer n° 509.241/2014; n° CAAE 25424113.2.0000.5504). O desenvolvimento do estudo atendeu as normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 466/2012).

RESULTADOS

O estudo incluiu 100 pacientes, os quais se caracterizaram pela predominância do sexo masculino (66,0%), com idade média de 53,25 ($\pm 14,72$) anos. A maioria dos pacientes possuía parceiro fixo (74,0%), o tempo médio de escolaridade foi de 8,41 ($\pm 11,22$) anos, com a prevalência do ensino fundamental incompleto (46,0%). Quanto à renda mensal, 61,0% receberam apenas um salário mínimo e 38%, dois a cinco salários (salário mínimo no período de coleta de dados: R\$ 724,00 por mês). Um total de 79,0% não realizava nenhum tipo de atividade profissional remunerada. A religião predominante foi católica (58,0%), sendo que 67,0% eram praticantes. Os dados da caracterização completa dos pacientes renais crônicos estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos 100 pacientes renais crônicos. São Carlos-SP, 2015

Variável	n	%
Faixa etária		
18 a 59 anos	60	60,0
60 anos ou mais	40	40,0
Sexo		
Masculino	66	66,0
Feminino	34	34,0
Situação conjugal		
Com parceiro fixo	74	74,0
Sem parceiro fixo	26	26,0
Escolaridade		
Analfabeto	3	3,0
1 a 4 anos	46	46,0
5 a 9 anos	21	21,0
10 anos ou mais	30	30,0
Renda percapita		
Até 1 salário mínimo	58	58,0
1,1 a 3 salário mínimo	38	38,0
3,1 ou mais salário mínimo	4	4,0
Atividade remunerada		

Sim	79	79,0
Não	21	21,0
Religião		
Católico	58	58,0
Evangélico	21	21,0
Congregação cristã	08	8,0
Espírita	04	4,0
Adventista	03	3,0
Assembleia de Deus	02	2,0
Testemunha de Jeová	02	2,0
Não possui	02	2,0
Doença base		
Hipertensão Arterial	38	38,0
Diabetes <i>Mellitus</i>	21	21,0
Glomerulopatias	21	21,0
Outras causas	16	16,0
Não sabe	04	4,0
Interesse no transplante renal		
Sim	58	58,0
Não	42	42,0

Com relação às principais causas de DRC, houve a prevalência da hipertensão arterial sistêmica 38,0%, seguida de diabetes *mellitus* tipo 2 (21,0%). Um pouco mais que a maioria 58,0%, informou interesse em realizar o transplante renal (Tabela 1).

Acerca dos resultados da avaliação da ansiedade e da depressão, a média do escore da escala total foi de 6,20 ($\pm 4,43$), com variação da pontuação de 0 a 13. Quanto à consistência interna, o alfa de Cronbach foi 0,79, indicando uma confiabilidade satisfatória. O escore médio da HADS-A foi de 5,05 (3,25), com variação de 0 a 17. Já a pontuação média da HADS-D foi de 4,08 ($\pm 3,43$). Nota-se que o alfa de Cronbach para ambos os domínios foi satisfatório, de 0,80 e 0,73, respectivamente.

Adotando-se o ponto de corte ≥ 8 para a classificação da intensidade de sintomas, 33,0% dos respondentes possuíam grau de moderado a severo de sintomas de ansiedade.

Os escores médios obtidos da parte específica do KDQOL-SF para a doença renal crônica identificam a seguinte ordem crescente de médias das dimensões: Situação de trabalho (17,00); Carga da doença renal (38,31); Satisfação do paciente (53,66); Função sexual (64,40), Sono (72,22); Qualidade da interação social (73,46); Efeitos da doença renal (76,25); Incentivo da equipe de diálise (83,12); Sintomas/problemas (82,70); Suporte social (86,66) e Função cognitiva (88,06).

Para as dimensões genéricas os escores médios obtidos em ordem crescente foram: Função emocional (41,99); Função física (46,00), Saúde geral (56,65); Bem-estar emocional (61,84); Energia/fadiga (63,05); Funcionamento físico (65,35); Função sexual (68,62) e Dor (73,03). Quanto à consistência interna do KDQOL-SF, a maioria das dimensões obteve valores de alfa de Cronbach satisfatórios ($\geq 0,70$).

A tabela 2 apresenta a comparação das médias, realizada pelo teste t de Student, das dimensões do KDQOL-SF entre os grupos com ou sem presença de sintomas ansiosos e depressivos, a partir da nota de corte previamente estabelecida. Observa-se que a média da QV foi significativamente menor nos pacientes com sintomas ansiosos e sintomas depressivos (≥ 8) do que em pacientes sem a presença dos sintomas (< 8).

Vale ressaltar que as dimensões que não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos não estão expostos na tabela 2.

Tabela 2 - Teste de hipótese estatística t de Student para as médias dos escores obtidos no KDQOL-SF entre os grupos com e sem presença de sintomas ansiosos e depressivos. São Carlos-SP, 2015

Dimensões	Ansiedade			Depressão		
	< 8	≥ 8	p valor	< 8	≥ 8	p valor
Sintomas/problemas	75,18	86,41	0,020	75,24	84,23	0,033
Situação de trabalho	9,09	20,89	0,042	5,88	19,27	0,026
Função cognitiva	81,61	91,24	0,054	78,82	89,95	0,015
Qualidade da interação social	65,65	77,31	0,030	68,62	74,45	0,083
Função sexual	49,10	71,00	0,014	72,50	63,41	0,157
Sono	63,18	76,67	0,271	67,05	73,28	0,020
Suporte social	85,35	87,31	0,031	84,31	87,14	0,057
Incentivo de equipe de diálise	78,40	83,95	0,065	78,67	82,83	0,039
Satisfação do paciente	51,00	54,97	0,026	54,90	53,41	0,044
Função física	29,54	54,10	0,001	33,82	48,50	0,025
Energia/fadiga	52,72	68,13	0,033	48,52	66,02	0,006

Em relação às correlações entre as dimensões da QV e a ansiedade e depressão dadas pela escala HADS, verificou-se a existência de correlação negativa. À medida que a QV de vida diminui os sintomas ansiosos e/ou depressivos aumentam, sendo inversamente proporcionais.

Na tabela 3, observa-se correlações negativas de moderada magnitude especificamente entre a ansiedade com as dimensões: Qualidade da interação social ($r=-0,533$; $p<0,000$); Dor ($r=-0,532$; $p<0,000$); Bem-estar emocional ($r=-0,697$; $p<0,000$); e Energia/

fadiga ($r=-0,529$; $p<0,01$). As correlações fracas são evidentes nos domínios Sintomas/problemas ($r=-0,475$; $p<0,000$); Efeitos da doença renal ($r=-0,416$; $p<0,000$); Carga da doença renal ($r=-0,401$; $p<0,03$); Função física ($r=-0,421$; $p<0,000$); Função emocional ($r=-0,456$; $p<0,000$).

Quanto à relação entre a QV e a depressão tem-se correlação negativa de fraca magnitude apenas com a dimensão Energia/fadiga ($r=-0,489$; $p<0,01$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Correlação de Pearson entre os escores médios das dimensões do KDQOL-SF para a HADS. São Carlos-SP, 2015

Dimensões	Correlação	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão	
		Ansiedade	Depressão
Sintomas/problemas	r	-0,475	-0,254
	p	0,000	0,011
Efeitos da doença renal	r	-0,416	-0,226
	p	0,000	0,024
Carga da doença renal	r	-0,401	-0,207
	p	0,003	0,039
Situação de trabalho	r	-0,95	-0,132
	p	0,349	0,189
Função cognitiva	r	-0,392	-0,349
	p	0,000	0,000
Qualidade da interação social	r	-0,533	-0,285
	p	0,000	0,004
Função sexual	r	-0,381	-0,198
	p	0,013	0,210
Sono	r	-0,327	-0,192
	p	0,001	0,056
Suporte social	r	-0,143	-0,063
	p	0,156	0,535
Incentivo de equipe de diálise	r	-0,176	-0,040
	p	0,081	0,691
Satisfação do paciente	r	-0,157	-0,59
	p	0,118	0,560
Funcionamento físico	r	-0,379	-0,288
	p	0,000	0,004
Função física	r	-0,421	-0,281
	p	0,000	0,005
Dor	r	-0,532	-0,136
	p	0,000	0,177
Saúde geral	r	-0,330	-0,386
	p	0,001	0,000
Bem-estar emocional	r	-0,697	-0,338
	p	0,000	0,001
Função emocional	r	-0,456	-0,335
	p	0,000	0,001
Função sexual	r	-0,390	-0,180
	p	0,000	0,073
Energia/fadiga	r	-0,529	-0,489
	p	0,01	0,001

DISCUSSÃO

A amostra estudada pode ser descrita, quanto às características sociodemográficas observadas, como sendo composta por homens, com parceiro fixo e mais de 50 anos de idade. Além disso, aspectos socioeconômicos como grau de instrução fundamental incompleto, alta frequência de indivíduos profissionalmente inativos. Conjuntamente, a incidência da hipertensão arterial sistêmica foi a principal doença base para a DRC. Os aspectos esboçados no presente estudo corroboram com os achados na literatura nacional e internacional quanto às características do paciente renal.^{11,17-21}

Na presente pesquisa, o escore médio de ansiedade e depressão, identificada por meio da HADS foi de 6,20 ($\pm 4,43$) para ansiedade e 4,08 ($\pm 3,43$) para depressão em pacientes com DRC submetidos à hemodiálise. De forma semelhante, alguns autores haviam observado anteriormente escore médio que corroboram com o presente estudo.²²⁻²³ Em contrapartida, outras pesquisas identificaram escores médio superiores.^{6,18,20-21}

Com relação à prevalência de ansiedade e depressão nos pacientes renais crônicos do presente estudo, observou-se 33,0% de ansiedade e 16,0% de depressão. Os achados corroboram com a porcentagem próxima de dados obtidos na literatura, em que a prevalência desses transtornos de humor oscila entre 5 a 45% em hemodialisado.^{4,6,18,20,23-24} Alguns fatores relacionados ao tratamento podem facilitar a manifestação de sintomas de ansiosos e depressivos, tais como a necessidade de adaptação e perda do controle sobre a vida devido à dependência da máquina, isolamento social e deterioração do desempenho funcional (físico e mental).^{7,26}

O tratamento de pacientes com DRC em hemodiálise prioriza uma melhoria na qualidade de vida. Portanto, as variáveis que podem interferir na manutenção de uma boa QV devem ser identificadas e modificadas. A ansiedade e a depressão, associadas ao tratamento hemodialítico, contribuem para a diminuição da QV.^{6,18,20,24-25}

No que se refere à qualidade de vida, avaliada pelo *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form* verifica-se que as dimensões que obtiveram os menores escores foram: Situação de trabalho, Carga da doença renal e Função emocional. Em contrapartida, obtiveram as maiores pontuações as dimensões Função cognitiva, Suporte social e Sintomas e problemas. O maior escore médio foi a Função cognitiva, mas cabe salientar que os doentes renais crônicos constituem uma população de risco

para o declínio cognitivo. Dessa forma, mesmo com um bom desempenho nessa dimensão, é necessária a avaliação periódica da função cognitiva, uma vez que são múltiplos os fatores de risco para o comprometimento cognitivo.¹⁹

Neste estudo, observou-se que as médias dos domínios foram significativamente menores nos pacientes com sintomas ansiosos e depressivos, quando comparadas às dos aos pacientes sem nenhum sintoma, segundo o ponto de corte adotada. Este achado está de acordo com os descritos na literatura, em que a média entre o escore de QV geral dos pacientes renais em tratamento dialítico sem sintomas de ansiedade e depressão é maior em todos os domínios, quando comparada aos pacientes com sintomas.^{6,25}

Verificou-se a existência de correlação negativa de moderada magnitude, especificamente entre a HADS-A com as dimensões Qualidade da interação social, Dor, Bem-estar emocional e Energia/fadiga. E correlação negativa fraca entre HADS-A e os domínios Sintomas/problemas, Efeitos da doença, Carga da doença renal, Função física, e Função emocional; e para a HADS-D com a dimensão Energia/fadiga. Isso reforça a hipótese de que a QV diminui conforme a presença dos sintomas ansiosos e depressivos aumenta, afetando negativamente diferentes aspectos da vida do pacientes.^{6,18,22,26}

Essas análises permitem que sejam feitas inferências, direcionando a atenção dos profissionais para os aspectos que estão influenciando ou modificando a qualidade de vida a partir da relação negativa com a ansiedade e depressão. Isso não significa que as demais dimensões possam ser menosprezadas, sendo necessário considerar a temporalidade e individualidade, sendo, portanto, mutável.

Acredita-se que, com esse conhecimento, é possível subsidiar a implementação de novas estratégias que contribuam para a redução dos sintomas ansiosos e depressivos e, conseqüentemente, a melhora da qualidade de vida dos indivíduos com DRC em tratamento hemodialítico. A aplicação de instrumentos que avaliem os transtornos de humor, bem como a qualidade de vida, faz-se necessária, de maneira a qualificar o cuidado, como aquele pelo qual o enfermeiro é responsável.

É importante ressaltar que, para analisar o paciente em hemodiálise, não basta somente considerar taxas de comorbidades e mortalidade e, sim, avaliar sua qualidade de vida, aumentando com isso as chances de reabilitação.²⁷ Muitos fatores exercem representativa interferência na medida da qualidade de vida de pacientes em hemodiálise, tais como

idade, comorbidades, sexo, fatores sociais, técnicas de diálise, depressão, ansiedade, entre outros. Entretanto, a qualidade de vida varia de acordo com a vulnerabilidade da pessoa, tornando a hemodiálise uma interferência.^{7,23,26}

O profissional enfermeiro é responsável pela gestão do processo de enfermagem e, de acordo com sua conduta, coordena uma sistematização que deve abordar o indivíduo de uma forma holística, utilizando-se de estratégias que minimizem a ansiedade e a depressão proveniente da doença e/ou tratamento associado, melhorando assim a percepção da QVRS do cliente assistido.

A limitação desta pesquisa diz respeito ao desenho transversal do estudo que impossibilita a identificação da precedência temporal dos fatores estudados, comprometendo as evidências de relações de causa e efeito.

No que se refere à interpretação dos resultados, as informações extraídas da escada de ansiedade e depressão e do questionário de qualidade de vida são autorreferidos e, portanto, podem sofrer influências culturais, da linguagem utilizada e da escolaridade. Em contraposição, as medidas subjetivas fornecem informações valiosas sobre a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico e adotou-se ferramentas de avaliação validadas e amplamente utilizadas no Brasil e no mundo.

CONCLUSÃO

A realização do presente estudo foi relevante, já que possibilitou mensurar os sintomas depressivos, os sintomas ansiosos e a QVRS dos pacientes com DRC em hemodiálise, além de relacionar os referidos aspectos. Os referidos achados permitirão instrumentalizar os profissionais de saúde, destacando aqui a equipe de enfermagem, no planejamento, implementação e avaliação de possíveis intervenções, objetivando uma assistência efetiva, qualificada e individualizada, almejando sempre melhorar a qualidade de vida destes indivíduos.

Conclui-se que existe correlação negativa entre a depressão e ansiedade com a QVRS de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Ademais, a pontuação média dos domínios do KDQOL-SF foi significativamente menor em pacientes com presença de sintomas ansiosos e/ou depressivos, quando comparada à dos participantes sem os referidos sintomas.

A QVRS é um constructo importantíssimo para as pessoas com doenças crônicas graves e limi-

tantes que se submetem a tratamentos prolongados e dolorosos e apresentam maior vulnerabilidade às comorbidades, como é o caso dos pacientes com DRC em tratamento por hemodiálise. A comparação da QVRS em relação à presença de sintomas ansiosos e/ou depressivos é importante para avaliar o impacto da doença e do tratamento nas condições de vida e, desta maneira, direcionar a assistência a esses pacientes, de forma individual e coletiva contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (Capes) pelo apoio financeiro.

REFERÊNCIAS

1. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol.* 2011; 33(1):93-108.
2. Frazão CMFQ, Medeiros ABA, Silva FBBL, Lira ALBC. Nursing diagnoses in chronic renal failure patients on hemodialysis. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(1):40.
3. Lugon JR. Doença renal crônica no Brasil: um problema de saúde público. *J Bras Nefrol.* 2009; 31(1):2-5.
4. Stasiak CES, Bazan KS, Kuss RS, Schuinski AFM, Baroni G. Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. *J Bras Nefrol.* 2014; 36(3):325-31.
5. Feroze U, Martin D, Kalantar-Zadeh K, Kim JC, Reina-Patton A, Kopple JD. Anxiety and depression in maintenance dialysis patients: preliminary data of a cross-sectional study and brief literature review. *J Ren Nutr.* 2012; 22(1):207-10.
6. Lee YJ, Kim MS, Cho S, Kim SR. Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. *Int J Clin Pract.* 2013; 67(4):363-8.
7. Bassola M, Ciciarelli C, Conte GL, Vulpio C, Luciani G, Tazza L. Correlates of symptoms of depression and anxiety in chronic hemodialysis patients. *General Hospital Psychiatry.* 2010; 32(2):125-31.
8. Riezebos RK, Nauta KJ, Honing A, Dekker FW, Siegertl CEH. The association of depressive symptoms with survival in a Dutch cohort of patients with end-stage renal disease. *Nephrol Dial Transplant.* 2010; 25: 231-6.
9. Reis RK, Santos CB, Dantas RAS, Gir E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(3):565-75.

10. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2):580-8.
11. Braga SFM, Peixoto SV, Gomes IC, Acúrcio FA, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Fatores Associados com uma Qualidade de Vida relacionada à saúde de Idosos em hemodiálise. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(6):1127-36.
12. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiat. Scand*. 1983; 67:361-70.
13. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia CJ, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Publica*. 1995; 29(5):355-63.
14. Duarte PS, Miyazaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL - SFT). *Rev Assoc Med Bras*. 2003; 49(4):375-81.
15. Pasquali L. *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2013.
16. Levin, J, Fox J. *Estatísticas para ciências humanas*. 9ª ed. São Paulo: Pearson- Pretice Hall; 2004.
17. Ottaviani AC, Souza ER, Drago NC, Mendiondo MSZ, Pavarini SCI, Orlandi FS. Hope and spirituality among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: a correlational study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014; 22(2):248-54.
18. Macuglia GR, Rossatto FC, Teixeira MAP, Giacomoni CH. Qualidade de vida e depressão de pacientes em hemodiálise. *Rev Bras Ter Cogn*. 2010; 6(2):167-86.
19. Condé SA, Fernandes N, Santos FR, Chaouab A, Mota MM, Bastos MG. Declínio cognitivo, depressão e qualidade de vida em pacientes de diferentes estágios da doença renal crônica. *J Bras Nefrol*. 2010; 32(3):242-8.
20. Griva K, Kang AW, Yu ZL, Mooppil NK, Foo M, Choong SPMC et al. Quality of life and emotional distress between patients on peritoneal dialysis versus community-based hemodialysis. *Qual Life Res*. 2014; 23:57-66.
21. Loosman WL, Siegert CEH, Korzec A, Honig A. Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Beck Depression Inventory for use in end-stage renal disease patients. *British J Clin Psychol*. 2010; 49:507-16
22. Preljevic VT, Osthus RBH, Os IMD, Sandvik L, Opjordsmoen S, Nordhus IH et al. Anxiety and depressive disorders in dialysis patients: association to health-related quality of life and mortality. *General Hospital Psychiatry*, 2013; 35:619-24.
23. Ramirez SP, Macêdo DS, Sales PMG, Figueiredo SM, Daher EF, Araújo SM et al. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *J Psych Res.*, 2012; 72: 129-35.
24. Varela L, Vazquez MI, Bolanos L, Alonso R. Psychological predictors for healthrelated quality of life in patients on peritoneal dialysis. *Nefrologia*. 2011; 31(1):97-106.
25. Ferreira RC, Silva Filho CR. Quality of life chronic renal patients on hemodialysis in Marília, SP, Brazil. *J Bras Nefrol*. 2011; 33(2):129-35.
26. Garcia TW, Veiga JPR, Motta LDC, Moura FJDM, Casulari LA. Depressed mood and poor quality of life in male patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010; 32(4):369-374.
27. Santos EB, Junior LJQ, Fraga BP, Macieira JC, Bonjardim LR. Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3):590-6.

Correspondência: Fabiana de Souza Orlandi
Universidade Federal de São Carlos – Departamento de Gerontologia
Rodovia Washington Luís, km 235 - SP-310
13565-905. - São Carlos, SP, Brasil
E-mail: forlandi@ufscar.br

Recebido: 04 de março de 2015
Aprovado: 12 de fevereiro de 2016