



DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-TRANSPLANTE RENAL

DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS BEFORE AND AFTER RENAL TRANSPLANTATION

DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN EL PRE Y POST-TRASPLANTE RENAL

Patricia Madruga Rêgo Barros¹, Ednaldo Cavalcante de Araújo², Luciane Soares de Lima³

RESUMO

Objetivo: analisar a ocorrência de depressão e a qualidade de vida em pacientes renais no pré e pós-transplante. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, exploratório, de coorte transversal. Foram aplicados três instrumentos para a coleta de dados: um questionário para caracterização da amostra, o inventário Beck de depressão (BDI) e o questionário SF-36, para avaliação da qualidade de vida. A amostra foi composta por dois grupos, um de pacientes no pré-transplante renal (59 pacientes) e o outro de transplantados renais (63 pacientes), totalizando 122 pacientes. **Resultados:** a maioria dos pacientes, em ambos os grupos, não apresentava depressão, correspondendo a 88,9% dos transplantados e 79,6% de pacientes no pré-transplante. A qualidade de vida mostrou-se superior nos pacientes transplantados em relação aos que aguardavam o procedimento. Os domínios do questionário SF-36 que determinaram a melhor qualidade de vida nos pacientes transplantados foram capacidade funcional ($p = 0,001$), dor ($p = 0,027$), estado geral de saúde ($p = 0,049$) e vitalidade ($p = 0,000$). **Conclusão:** esse estudo mostrou uma baixa ocorrência de depressão nos pacientes tanto no pré, como no pós-transplante renal. A qualidade de vida mostrou-se superior no grupo de transplantados. **Descritores:** Depressão, Qualidade De Vida; Transplante de Órgãos; Doença Crônica.

ABSTRACT

Objective: to analyze the occurrence of depression and quality of life in renal patients before and after transplantation. **Method:** quantitative, descriptive, exploratory, cross-sectional study. Three instruments were used to collect data: a questionnaire for characterization of the sample, the Beck depression inventory (BDI) and the SF-36 questionnaire, to evaluate the quality of life. The sample consisted of two groups: one in pre-transplant patients (59 patients) and the other in renal transplant patients (63 patients), totaling 122 patients. **Results:** the majority of patients, in both groups, did not present depression, corresponding to 88.9% of the transplanted patients and 79.6% of the pre-transplant patients. Quality of life was higher in transplant patients than in those awaiting the procedure. The SF-36 domains that determined the best quality of life in the transplanted patients were functional capacity ($p = 0.001$), pain ($p = 0.027$), general health status ($p = 0.049$) and vitality ($p = 0.000$). **Conclusion:** this study showed a low occurrence of depression in patients both in the pre- and post-renal transplantation. Quality of life was higher in the transplant group. **Descriptors:** Depression, Quality of Life; Organ Transplantation; Chronic Disease.

RESUMEN

Objetivo: analizar la ocurrencia de depresión y la calidad de vida en pacientes renales en el pre y post-transplante. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio, de cohorte transversal. Se aplicaron tres instrumentos para la recolección de datos: un cuestionario para la caracterización de la muestra, el inventario Beck de depresión (BDI) y el cuestionario SF-36, para la evaluación de la calidad de vida. La muestra fue compuesta por dos grupos, uno de pacientes en el pre-trasplante renal (59 pacientes) y el otro de trasplantados renales (63 pacientes), totalizando 122 pacientes. **Resultados:** la mayoría de los pacientes, en ambos grupos, no presentaba depresión, correspondiendo al 88,9% de los trasplantados y el 79,6% de pacientes en el pre-trasplante. La calidad de vida se mostró superior en los pacientes trasplantados en relación a los que esperaban el procedimiento. Los dominios del cuestionario SF-36 que determinaron la mejor calidad de vida en los pacientes trasplantados fueron capacidad funcional ($p = 0,001$), dolor ($p = 0,027$), estado general de salud ($p = 0,049$) y vitalidad ($p = 0,000$). **Conclusión:** este estudio mostró una baja ocurrencia de depresión en los pacientes tanto en el pre, como en el post-trasplante renal. La calidad de vida se mostró superior en el grupo de trasplantados. **Descritores:** Depresión, Calidad de Vida; Trasplante de órganos; Enfermedad Crónica.

¹Mestre, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: patricia-madruga@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5980-7966>; ²Doutores, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado Acadêmico e Doutorado, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mails: relou.ufpe@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1834-4544>; luciane.lima@globo.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6081-9830>

INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) pode ser conceituada como uma perda lenta e progressiva da função renal, tendo como resultado anormalidades do meio interno, como azotemia, anemia, acidose metabólica, hiperfosfatemia, hipercalcemia, hiponatremia. A elevação dos níveis séricos, principalmente de ureia, e clearance de creatinina inferior a 10 ml/min caracterizam a síndrome urêmica, cujos sinais e sintomas envolvem particularmente o trato gastrointestinal, nervoso e cardiopulmonar. Os pacientes podem apresentar fraqueza, náusea, vômitos, anorexia, sangramento gastrointestinal, parestesias, hipertensão arterial, irritabilidade, ansiedade, depressão, entre outros.¹

Por se tratar de uma doença progressiva, seu desenvolvimento não se dá por igual para todos os indivíduos, variando de acordo com suas causas subjacentes, com a taxa de excreção proteica na urina e o grau de hipertensão de cada paciente.²

A IRC encontra-se dividida em estágios, de acordo com a função renal do paciente. Inicialmente não há lesão renal ou alteração da função dos rins. Paulatinamente os rins vão reduzindo seu ritmo de filtração, ocorrem alterações séricas de ureia e creatinina e surgem sinais e sintomas associados à causa básica, por fim, os rins perdem o controle do meio interno, sendo necessária uma terapia renal substitutiva (TRS).^{1,3}

A terapia renal substitutiva visa à manutenção do paciente em condições adequadas do ponto de vista metabólico e clínico, assim como à adaptação ao tratamento. No entanto, no que diz respeito à diálise, não se consegue total reabilitação, ao contrário dos transplantes que, com sucesso, reabilitam subjetiva e objetivamente, e com excelente custo/benefício⁴

Os avanços da tecnologia na área de diálise contribuíram substancialmente para o aumento da sobrevida dos pacientes com IRC.⁵⁻⁶ Entretanto, a permanência por tempo indeterminado em tratamento dialítico pode interferir na qualidade de vida dos mesmos.⁵

Estudos comprovam melhor qualidade de vida após o transplante, devido à possibilidade de retorno às atividades habituais, porém, o transplante poderá estar relacionado com escores não satisfatórios, entre aqueles que apresentaram rejeição aguda, ou efeitos adversos pelo uso dos imunossupressores.⁷⁻⁸ A qualidade de vida é definida de acordo com a área de aplicação, englobando duas

tendências, a saber: a primeira apresenta um conceito genérico, que enfatiza aspectos relacionados ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, afetiva, social e ambiental, correlacionando com o padrão que a sociedade considera como conforto e bem-estar; a segunda, está relacionada à saúde, e considera a influência das doenças e dos respectivos tratamentos na qualidade de vida dos pacientes.²

A qualidade de vida relacionada à saúde está condicionada às experiências de cada paciente, quais sejam, como os efeitos da doença e seu tratamento repercutem na vida diária e na satisfação de cada indivíduo.^{2-3,9} A preocupação com os aspectos psicossociais é fundamental para o sucesso do tratamento²⁻³, pois estes interferem diretamente na percepção e avaliação da doença, na adesão ao tratamento e na qualidade de vida dos pacientes com IRC.¹³

A depressão é considerada a complicação psíquica mais comum nos pacientes em diálise. Entre as manifestações psicológicas que mais ocorrem nessa clientela, encontram-se: humor depressivo persistente, autoimagem prejudicada e sentimentos de pessimismo. Entre as queixas fisiológicas, são relatadas: alterações do apetite e do peso, distúrbios do sono e redução do interesse sexual.² Os candidatos a transplante renal apresentam frequentes alterações psíquicas e a depressão corresponde a uma dessas alterações.²

O transplantado pode vir a apresentar perda de interesse por quase todas as atividades, além de redução do apetite, perturbações do sono, diminuição da energia, sentimento de culpa ou desvalia e prejuízo do pensamento. Frequentemente, pode haver pensamentos sobre morte, ideia suicida ou tentativa de suicídio, sendo mais comuns nos casos de rejeição do órgão e retorno à diálise.^{2,15}

Diante do exposto, está caracterizada a importância dos aspectos emocionais e da qualidade de vida no acompanhamento dos pacientes com IRC que aguardam por um órgão na fila pré-transplante, bem como os que já se submeteram ao procedimento. Com isso, espera-se que com esse estudo contribuir para o aprofundamento do assunto que favoreça a implementação de instrumentalização gerando subsídios para que critérios sejam elaborados, que possibilitem minimizar as dificuldades pela presença de sintomas de depressão que interfiram na qualidade de vida do paciente pré e pós-transplante. Assim, este estudo tem como objetivo analisar a ocorrência de depressão e

Souza RF de, Alves AS, Alencar IGM de.

a qualidade de vida em pacientes renais no pré e pós-transplante.

MÉTODO

Artigo extraído da dissertação Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes com insuficiência renal crônica na fila do transplante (TX) e 6 meses após a realização do TX. Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa de coorte transversal, realizado no ambulatório de Transplante Renal do Hospital das Clínicas da UFPE, que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A amostra foi constituída por 122 pacientes, após todos assinarem previamente o termo de consentimento livre e esclarecido. Entre os transplantados atendidos no ambulatório 82 eram elegíveis, sendo que 12 evoluíram para óbito, quatro não compareceram às consultas agendadas durante o período de coleta de dados, um recusou-se a participar e dois abandonaram o programa, constituindo-se então um grupo de 63 pacientes.

Quanto aos pacientes no pré-transplante, constituíram um grupo de 59 pacientes, sendo selecionados por conveniência, considerando o período de coleta de dados e estudos que avaliaram a ocorrência de depressão e ou qualidade de vida de pacientes com IRC.¹⁶⁻²⁹

Foram utilizados como critérios de inclusão na amostra: idade acima de 18 anos e se encontrar entre os seis meses e dois anos de transplante. O critério de exclusão foi: pacientes com distúrbios psiquiátricos diagnosticados pela equipe médica. Os dados foram coletados no período de julho a dezembro de 2007 com o emprego de três instrumentos de coleta de dados (todos aplicados por uma das autoras, em uma única entrevista): um formulário para caracterização da amostra, o Beck Depression Inventory (BDI), versão revisada de 1979²⁻³ e o Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), instrumento validado no Brasil, em 1997.²

O formulário utilizado para caracterização da amostra consta de dados de identificação, demográficos, e referentes à doença e ao tratamento.

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é provavelmente a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente usada, tanto em pesquisa como em clínica, tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em

Eventos adversos na unidade de terapia intensiva.

diferentes países. A confiabilidade e a validade são boas, podendo ser utilizado em amostras clínicas e na população em geral.¹⁸

A avaliação global do BDI é feita pela soma dos números ao lado das perguntas - conferidos aos itens selecionados pelo paciente. O escore para a escala de Beck é definido como: Sem depressão = <15; Depressão leve = 15-20; Depressão de leve a moderada = 20-30 e depressão grave = 30-63.¹⁸

A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusação, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda do apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido.¹⁸

O questionário SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, composto por 36 itens, agrupados em oito componentes: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.⁵ Constitui um dos mais utilizados instrumentos para avaliação da qualidade de vida, aplicável a diversos tipos de doenças, avaliando, portanto, a qualidade de vida relacionada à saúde.⁹

Para avaliação dos resultados foi feito o cálculo dos escores, cada resposta correspondeu a uma pontuação específica. Posteriormente, esse valor foi transformado em cotas de oito domínios, que variam de 0 a 100, em que o 0 é considerado o pior valor e 100 o melhor para cada domínio.¹⁹

Foram utilizados os softwares SPSS 13.0 para Windows, e Excel 2003 para digitação dos dados e todos os testes foram aplicados com 95% de confiabilidade.

Foi utilizado teste de normalidade de Kolmogorou-Smirnov para variáveis quantitativas. Verificada a existência de associação pelo Teste Exato de Fisher e Teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas, Teste de Média; Teste T student (distribuição normal) e Mann-Whitney (não normal); também foi utilizado o Teste de Média (com mais de dois grupos); Anova (distribuição normal) e Kruskal Wallis (não normal), para a análise estatística dos dados.

Ressalta-se que este estudo teve o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o

Souza RF de, Alves AS, Alencar IGM de.

Eventos adversos na unidade de terapia intensiva.

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE-0049.0.172.000-07.

RESULTADOS

Na tabela 1 se verifica que: dos 59 pacientes no pré-transplante, 34 (57,6%) eram do sexo masculino, 32(54,2%) moravam na Região Metropolitana do Recife, a maior parte do grupo, 17(28,8%) era de aposentados e apenas 3(5,1%) relataram não possuir nenhuma ocupação no momento da entrevista, 30(50,8%) tinham o ensino fundamental completo, 5 (8,5%) fizeram ensino superior com pós-graduação e apenas 3(5,1%) eram analfabetos.

Dos 63 pacientes transplantados, 35(55,6%) eram do sexo masculino, 32(50,8%) moravam na Região Metropolitana do Recife, a maior parte dos pacientes, 27(42,8%) eram beneficiários e apenas 2 (3,2%) relataram não possuir nenhuma ocupação no momento da entrevista, 34 (53,9%) cursaram o ensino fundamental completo, 1(1,6%) tinha ensino superior com pós-graduação e apenas 1 (1,6%) era analfabeto.

As características sociodemográficas foram semelhantes entre os grupos, demonstrando homogeneidade na amostra estudada.

Tabela 1. Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo características sociodemográficas acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife (PE), Brasil, 2007.

Variáveis	Grupos				p-valor
	Pós-transplante		Pré-transplante		
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	35	55,6	34	57,6	0,962 *
Feminino	28	44,4	25	42,4	
Residência					
RMR	32	50,8	32	54,2	0,842 *
Outros	31	49,2	27	45,8	
Ocupação					
Exerce atividade profissional	18	28,6	13	22,0	0,123 **
Do lar	06	9,5	05	8,5	
Aposentado	07	11,1	17	28,8	
Beneficiário	27	42,8	16	27,1	
Estudante	03	4,8	05	8,5	
Sem ocupação	02	3,2	03	5,1	
Escolaridade					
Analfabeto	01	1,6	03	5,1	0,294 **
Fundamental incompleto	03	4,8	04	6,8	
Fundamental completo	34	53,9	30	50,8	
Médio completo	24	38,1	17	28,8	
Superior com Pós-Graduação	01	1,6	05	8,5	

(*) Teste Qui-Quadrado

(**) Teste Exato de Fisher

Na tabela 2 se verifica que: a idade média entre os pacientes no pré-transplante foi de $47 \pm 12,38$ anos, a renda, estimada em mediana, foi de R\$ 380,00 e o tempo médio de diálise foi de 39,63 meses, o equivalente a três anos e três meses.

Entre os transplantados, a idade média foi de $39 \pm 10,39$ anos, a renda também foi de R\$ 380,00 e o tempo médio de diálise foi de 82,05 meses, o equivalente a 6 anos e 10 meses.

O tempo médio de transplante foi de 1 ano e 3 meses. Este dado não foi apresentado na tabela, por se referir apenas a um dos grupos estudados; no entanto, foi abordado na discussão.

O tempo médio de diálise também foi abordado na discussão, devido à relevância para o estudo.

Tabela 2. Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo idade, renda e tempo de diálise, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife (PE), Brasil, 2007.

Variáveis	Grupos				p-valor
	Pós-transplante		Pré-transplante		
	Média	DP	Média	DP	
Idade	39,3	±10,39	47,1	±12,38	0,000 *
	Mediana	Q1 ; Q3	Mediana	Q1 ; Q3	
Renda	380,00	380,00 ; 900,00	380,00	380,00 ; 700,00	0,328 **
	Média	DP	Média	DP	
Tempo de Diálise	6,8	±4,51	3,3	±2,79	0,000 **

(*) Teste t Student

(**) Teste de Mann-Whitney

Na tabela 3 se observa que: 47 (79,6%) pacientes no pré-transplante não apresentavam depressão, 7 (11,9%) apresentavam depressão de moderada a grave, 4 (6,8%) depressão leve e 1 (1,7%) apresentava depressão grave.

Entre os transplantados: 56 (88,9%) não apresentavam depressão, 4 (6,3%) apresentavam depressão de moderada a grave, 3 (4,8%) depressão leve e nenhum paciente apresentou depressão grave.

Tabela 3. Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo níveis de depressão, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife (PE), Brasil, 2007.

Níveis de Depressão	Grupos				p-valor *
	Pós-transplante		Pré-transplante		
	n	%	n	%	
Sem Depressão	56	88,9	47	79,6	0,470
Depressão Leve	3	4,8	4	6,8	
Depressão Moderada a grave	4	6,3	7	11,9	
Depressão Grave	0	0,0	1	1,7	
Total	63	100,0	59	100,0	

(*) Teste Exato de Fisher

Na tabela 4 se verifica que: 38 (86,4%) dos transplantados, que se encontravam entre 1 e 2 anos de transplante, não apresentaram depressão, 4 (9,1%) apresentaram depressão de moderada a grave e 2 (4,5%) apresentaram

depressão leve. Entre os transplantados com período menor ou igual a 1 ano de transplante, 18 (94,7%) não apresentaram depressão e apenas 1 (5,3%) apresentou depressão leve.

Tabela 4. Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo níveis de depressão, conforme o tempo de transplante, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife (PE), Brasil, 2007.

Níveis de Depressão	Tempo de Transplante				p-valor *
	≤ 1 ano		> 1 ano e ≤ 2 anos		
	n	%	n	%	
Sem Depressão	18	94,7	38	86,4	0,547
Depressão Leve	1	5,3	2	4,5	
Depressão Moderada a grave	0	0,0	4	9,1	
Total	19	100,0	44	100,0	

(*) Teste Exato de Fisher

Na tabela 5 se observa que: nos pacientes com menos de 4 anos de diálise, 49 (83%) não apresentaram depressão, 6 (10,2%) apresentaram depressão leve, 3 (5,1%) depressão de moderada a grave e 1 (1,7%) depressão grave.

Nos pacientes com tempo de diálise entre 4 e 8 anos, 30 (90,9%) não apresentaram depressão, 2 (6,1%) apresentaram depressão

de moderada a grave, apenas 1 (3%) apresentou depressão leve e nenhum paciente apresentou depressão grave.

Entre os pacientes com tempo igual ou maior que 8 anos de diálise, 24 (80%) não apresentaram depressão, 6 (20%) apresentaram depressão de moderada a grave e nenhum paciente, da amostra, apresentou depressão leve ou grave.

Tabela 5. Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo níveis de depressão, conforme o tempo de diálise, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife (PE), Brasil, 2007.

Níveis de Depressão	Tempo de Diálise						p-valor*
	< 4 anos		4 - 8		≥ 8		
	n	%	n	%	n	%	
Sem Depressão	49	83,0	30	90,9	24	80,0	0,089
Depressão Leve	6	10,2	1	3,0	0	0,0	
Depressão Moderada	3	5,1	2	6,1	6	20,0	
Depressão Grave	1	1,7	0	0,0	0	0,0	
Total	59	100,0	33	100,0	30	100,0	

(*) Teste Exato de Fisher

Na tabela 6 se verifica que: nos pacientes do pré-transplante os aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e a saúde mental apresentaram as maiores médias, correspondendo, respectivamente, a 90,0 (\pm 23,53 dp), 77,4 (\pm 41,73 dp) e 76,6 (\pm 19,76 dp), seguidos dos domínios: dor, com 69,3 (\pm 30,20 dp), limitação por aspectos físicos, com 68,6 (\pm 45,15 dp), vitalidade, com 67,0 (\pm 22,95), capacidade funcional, representando

66,1 (\pm 31,43 dp) e, por último, estado geral de saúde, com 63,7 (\pm 24,48).

Entre os transplantados, destacam-se os seguintes domínios: limitação por aspectos emocionais, com 87,8 (\pm 32,41 dp), capacidade funcional, com 82,6 (\pm 22,38 dp) e aspectos sociais, com 82,1 (\pm 30,18 dp), seguidos de: vitalidade, com 80,4 (\pm 21,8 dp), dor, 78,8 (\pm 31,65 dp), saúde mental 74,1 (\pm 21,45 dp) e, por último, estado geral de saúde, com 71,1 (\pm 28,47 dp).

Tabela 6. Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo escores médios dos domínios do questionário SF-36, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife (PE), Brasil, 2007.

Domínios do SF-36	Grupos		p-valor
	Pós-transplante	Pré-transplante	
	Média \pm DP	Média \pm DP	
Capacidade Funcional	82,6 \pm 22,38	66,1 \pm 31,43	0,001 *
Limitação por Aspectos físicos	77,0 \pm 41,71	68,6 \pm 45,15	0,335 *
Dor	78,8 \pm 31,65	69,3 \pm 30,20	0,027 *
Estado Geral de Saúde	71,1 \pm 28,47	63,7 \pm 24,48	0,049 *
Vitalidade	80,4 \pm 21,58	67,0 \pm 22,95	0,000 *
Aspectos Sociais	82,1 \pm 30,18	90,0 \pm 23,53	0,099 *
Limitação por Aspectos Emocionais	87,8 \pm 32,41	77,4 \pm 41,73	0,111 *
Saúde Mental	74,1 \pm 21,45	76,6 \pm 19,76	0,502 **

(*) Teste de Mann-Whitney

(**) Teste t Student

Na tabela 7 se observa que: para o grupo com tempo menor ou igual a 1 ano, o maior percentil correspondeu à limitação por aspectos emocionais, com 91,2 (\pm 26,86 dp), seguido de: dor, com 86,0 (\pm 25,4 dp), capacidade funcional, 83,0 (\pm 17,58 dp), vitalidade, 80,79 (\pm 18,13 dp), limitação por aspectos físicos, 76,3 (\pm 41,23 dp), aspectos sociais, 75,7 (\pm 31,86 dp), saúde mental, 74,5 (\pm 16,72 dp) e, por último, estado geral de saúde, com 66,1 (\pm 30,54 dp).

Para o grupo com tempo maior ou igual a 1 ano de transplante foram observados, em ordem decrescente, os seguintes domínios: limitação por aspectos emocionais, 86,4 (\pm 34,71 dp), aspectos sociais, 84,9 (\pm 29,36 dp), capacidade funcional, 82,5 (\pm 24,34 dp), vitalidade, 80,2 (\pm 42,39 dp), dor, 75,8 (\pm 33,8 dp), saúde mental, 73,9 (\pm 23,38 dp) e, por último, estado geral de saúde, com 73,3 (\pm 27,61 dp).

Tabela 7. Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo escores médios dos domínios do questionário SF-36, conforme o tempo de transplante, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife (PE), Brasil, 2007.

Domínios do SF-36	Tempo de Transplante		p-valor
	≤ 1 ano	>1ano e ≤ 2 anos	
	Média ± DP	Média ± DP	
Capacidade Funcional	83,0 ± 17,58	82,5 ± 24,34	0,433 *
Limitação por Aspectos Físicos	76,3 ± 41,23	77,3 ± 42,39	0,594 *
Dor	86,0 ± 25,40	75,8 ± 33,80	0,263 *
Estado Geral de Saúde	66,1 ± 30,54	73,3 ± 27,61	0,442 *
Vitalidade	80,79 ± 18,13	80,2 ± 23,10	0,733 *
Aspectos Sociais	75,7 ± 31,86	84,9 ± 29,36	0,187 *
Limitação por Aspectos Emocionais	91,2 ± 26,86	86,4 ± 34,71	0,678 *
Saúde Mental	74,5 ± 16,72	73,9 ± 23,38	0,918 **

(*) Teste de Mann-Whitney

(**) Teste t Student

Na tabela 8 se verifica que: no grupo com tempo de diálise menor que 4 anos, as maiores médias se sucederam de forma decrescente: aspectos sociais, 85,6 (± 28,13 dp), limitação por aspectos emocionais, 78 (± 41,8 dp), dor, 77,6 (± 29,72 dp), limitação por aspectos físicos, 74,6 (± 42,67 dp), saúde mental, 72,8 (± 29,73 dp), vitalidade, 71,69 (± 21,67 dp), e estado geral de saúde, 65,8 (± 25,75 dp).

No grupo com tempo de diálise entre 4 e 8 anos, a maior média foi em limitações por aspectos emocionais, com 91,9 (± 26,39 dp), seguido dos aspectos sociais, 87,9 (± 26,61 dp), saúde mental, 81,6 (± 16,18 dp), vitalidade, 78,9 (± 20,98 dp), capacidade

funcional, 78,9 (± 25,53 dp), limitação por aspectos físicos, 75 (± 43,3 dp), dor, 74,2 (± 29,5 dp) e, por último, estado geral de saúde, 71,4 (± 27,68).

No grupo com tempo igual ou maior que 8 anos de diálise foi observado, em ordem decrescente: aspectos sociais, 84,58 (± 27,4 dp), limitação por aspectos emocionais, 82,2 (± 37,89 dp), capacidade funcional, 73,7 (± 28,62 dp), vitalidade, 72,7 (± 27,82 dp), dor, 67,5 (± 35,56 dp), limitação por aspectos físicos, 67,5 (± 46,03 dp) e, por último, estado geral de saúde, 66,6 (± 28,16 dp).

Tabela 8. Pacientes renais no pré e pós-transplante segundo escores médios dos domínios do questionário SF-36, conforme o tempo de diálise, acompanhados no ambulatório do Hospital das Clínicas. Recife (PE), Brasil, 2007.

Domínios do SF-36	Tempo de Diálise			p-valor
	< 4 anos	4 - 8	≥ 8	
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	
Capacidade Funcional	72,8 ± 29,73	78,8 ± 25,53	73,7 ± 28,62	0,680 *
Limitação por Aspectos Físicos	74,6 ± 42,67	75,0 ± 43,30	67,5 ± 46,03	0,642 *
Dor	77,6 ± 29,72	74,2 ± 29,50	67,5 ± 35,56	0,376 *
Estado Geral de Saúde	65,8 ± 25,75	71,4 ± 27,68	66,6 ± 28,16	0,444 *
Vitalidade	71,69 ± 21,67	78,9 ± 20,98	72,7 ± 27,82	0,210 *
Aspectos Sociais	85,6 ± 28,13	87,9 ± 26,61	84,58 ± 27,40	0,638 *
Limitação por Aspectos Emocionais	78,0 ± 41,80	91,9 ± 26,39	82,2 ± 37,89	0,256 *
Saúde Mental	74,4 ± 19,57	81,6 ± 16,18	70,3 ± 25,38	0,082 **

(*) Kruskal-Wallis

(**) Anova

DISCUSSÃO

No que diz respeito à depressão o estudo mostrou que não houve diferença estatística significativa entre os pacientes do pré-transplante e os transplantados renais. Porém, há uma tendência para mais casos de depressão entre pacientes no pré-transplante (tabela 3), em conformidade com resultados obtidos em outro estudo,¹⁶ no entanto, ressalta-se que a depressão pode ser um problema potencial no pós-transplante, devido a algumas possíveis implicações, como a falta de adesão ao tratamento e a perda do enxerto.^{2-3,16}, bem como alterações corporais, sentimento de culpa com relação ao doador e efeito dos imunossupressores.²

Também foi constatada uma elevada percentagem de pacientes, de ambos os grupos, que não apresentavam depressão (tabela 3). Os estudos realizados nessa área mostram resultados diferentes dos dados encontrados, demonstrando a presença deste distúrbio principalmente entre os pacientes da lista pré-transplante²e entre os transplantados que retornaram para a hemodiálise, devido à rejeição do enxerto.^{13,20-1}

Essa diferença nos resultados pode estar relacionada ao fato de não se ter trabalhado com pacientes com rejeição, o que esperadamente resultaria em um aumento dos casos de depressão entre os sujeitos. Também se especula quanto à repercussão do tempo de espera do paciente pelo transplante, ainda em tratamento dialítico, conforme referido pelos autores.²⁻⁴

No entanto, nos pacientes em que a depressão foi evidenciada o grupo do pré-transplante renal foi o que apresentou os maiores índices deste distúrbio, em todos os níveis (Tabela 3), assim como referem outros autores.²⁰⁻⁴

As causas para um maior índice de depressão entre os pacientes com IRC podem estar relacionadas com o estilo de vida adquirido ao iniciarem o tratamento dialítico. A restrição dietética e hídrica, a perda da autonomia, a queda da renda mensal, a redução do interesse sexual e o medo da morte são identificados como fatores causadores de distúrbio depressivo nessa população.^{2,13} Outras causas frequentemente relacionadas com a depressão, nos pacientes em tratamento hemodialítico, são: queixas de mal-estar, câimbras, quedas bruscas de pressão arterial, presença de fístula artério-venosa e o preconceito para inserção no mercado de trabalho¹, além da má adesão ao tratamento.³

Os problemas vivenciados pelos pacientes com doença renal crônica repercutem negativamente em sua qualidade de vida^{3-5,11,23}, como observado na tabela 6, em que praticamente todos os domínios relativos à qualidade de vida foram menores em comparação com os transplantados renais, como descrito por outros autores.^{3,23}

Outro motivo que ocasionar depressão em pacientes com IRC que estão na lista de espera por um transplante consiste possivelmente na forma de enfrentamento à nova situação. O estresse vivenciado por esses pacientes, ao se depararem com a possibilidade do transplante, poderia desencadear um distúrbio depressivo.²⁴⁻⁶

Para alguns pacientes a lista de espera por um transplante, é considerada um símbolo de esperança, de reorganização psíquica e social. Para outros, pode ser entendida como a última alternativa.³

É válido ressaltar que a depressão poderá ocorrer também no pós-transplante renal, como evidenciado em algumas pesquisas^{3-5,21-30} e como observado em alguns pacientes deste estudo (tabela 3), bem como em estudos com outros tipos de transplante, como é o caso do transplante hepático³³, podendo este fato ser explicado pelas complicações clínicas e ou cirúrgicas²², pela não adesão ao tratamento¹³⁻³⁶, pelas alterações corporais²²⁻³⁵, pelo uso de imunossupressores^{3,16-23}, ou talvez pela confluência de todos esses fatores, além de interferir negativamente na QV desses pacientes³⁰⁻⁶. Tanto a depressão pode expressar o efeito de um ou mais fatores relacionados, quanto pode ser a causa de outros problemas. A depressão não tratada poderá ocasionar a rejeição do enxerto, devido a não adesão ao tratamento¹³, bem como ser um fator de risco para o suicídio.³⁻⁴ Da mesma forma, a rejeição pode ser considerada um fator de risco para a depressão e para o suicídio.¹³⁻²¹

Com relação ao tempo de transplante e sua possível relação com os níveis de depressão, observou-se que o maior quantitativo de pacientes transplantados sem depressão correspondia ao período maior que um ano e menor ou igual a dois anos do procedimento. Este resultado pode estar relacionado a uma maior adaptação às mudanças no estilo de vida, após um ano de transplante, conforme referido pelos autores.³ O paciente adquire mais independência¹², devido à frequência reduzida de visitas ao hospital, apresenta maior autonomia para resolver seus problemas de ordem pessoal e desenvolver suas atividades cotidianas.³⁵

Souza RF de, Alves AS, Alencar IGM de.

Eventos adversos na unidade de terapia intensiva.

Outro motivo seria a redução das doses dos imunossupressores, o que normalmente ocorre com o passar do tempo, de acordo com o protocolo de cada droga, podendo estar relacionada à redução dos efeitos dessas medicações, como é o caso dos sintomas depressivos,³⁷ no entanto, entre os transplantados que apresentaram depressão, a maior parte estava concentrada nesse mesmo período, como referido em estudo semelhante.³⁶ Este justifica a ocorrência de depressão, após um ano, devido ao impacto financeiro relacionado à dificuldade de reinserção no mercado de trabalho, ao estado físico do paciente e ao tratamento a que é submetido, com influência sobre a vida familiar e atividades sociais, às alterações digestivas (constipação) e às preocupações, como: medo de infecção e de rejeição do enxerto.

Uma incidência cumulativa de casos de depressão, no decorrer de três anos pós-transplante, porém, apenas justifica a ocorrência deste distúrbio no primeiro ano, relacionando-o a fatores como: reajuste na vida cotidiana, medo de rejeição e de infecção, e o uso de imunossupressores, bem como de seus efeitos adversos.²¹

Neste trabalho, foi evidenciado que o quantitativo maior de pacientes sem depressão encontrava-se no período inferior a quatro anos de diálise (Tabela 5), o que difere dos achados de alguns trabalhos.^{3,13,35-9} Esse fato pode ser ocasionado talvez, pelo sentimento de esperança dos pacientes de que, em pouco tempo, poderão se livrar dessa situação, alguns pela esperança depositada em um possível transplante^{3,22-35}, outros por não compreenderem o que significa ser portador de uma doença renal crônica e suas implicações, achando, assim, que poderá haver cura e que o tratamento tem caráter temporário,²⁴ porém, embora o maior número de pacientes sem depressão encontrasse no período inferior a quatro anos de diálise, paradoxalmente a maioria, entre os que apresentaram o distúrbio, também se encontrava nesse mesmo período, o que está em acordo com estudos anteriormente citados.^{13,35-41}

Infere-se que o fato decorre da forma de enfrentamento de cada pessoa às variadas situações. Cada indivíduo reage de uma determinada maneira, quando surpreendido pela notícia de que é portador de uma doença crônica e de que necessitará de tratamento para o resto da vida.^{3,24-7}

Esse fato poderá ser potencializado caso surja a possibilidade de um transplante: o indivíduo, muitas vezes, nem assimilou a

doença e o tratamento a que será submetido, e coloca-se então diante dele a perspectiva de uma cirurgia em que ele terá que receber um órgão de outra pessoa, viva ou morta,³ no entanto, estratificando-se os níveis de depressão da tabela 5, será possível identificar que, no período inferior a quatro anos, ocorreram mais casos de depressão leve, enquanto a maior parte dos casos de depressão moderada a grave encontrava-se no período maior ou igual a 8 anos. Infere-se que isso se deve ao tempo prolongado de espera na fila pré-transplante, o que poderia acarretar o aparecimento de comorbidades¹ e até a morte do paciente, bem como aumentar a incerteza sobre a realização do transplante, por incompatibilidade do doador.²⁰

Na tabela 6 observa-se que o grupo de transplantados renais apresentou melhor qualidade de vida, com diferença estatística significativa, em praticamente todos os domínios, em relação ao grupo da fila pré-transplante, o que está em acordo com os resultados de algumas pesquisas^{4,23,31-2}, excetuando-se os componentes aspectos sociais e saúde mental, com percentis discretamente maiores entre os pacientes da fila, pré-transplante.

Infere-se que a melhor qualidade de vida, entre os transplantados, se deve ao grau de independência que o transplante proporciona, quando bem-sucedido, além de uma menor restrição alimentar, ausência de restrição hídrica e maior bem-estar físico, como também mencionado em alguns trabalhos.³⁵⁻⁴⁰

Entre os domínios que mais se destacaram nesta pesquisa, quando comparado os dois grupos, estão vitalidade ($p = 0,000$), capacidade funcional ($p = 0,001$), dor ($p = 0,027$) e estado geral de saúde ($p = 0,049$). Em um dado estudo²⁹, não foram evidenciadas diferenças estatisticamente significantes com relação à qualidade de vida, quando comparados grupos em tratamento hemodialítico, em diálise peritoneal e transplantados renais. Porém, foi verificado que o componente vitalidade apresentou maior escore no grupo de transplantados renais, assim como encontrado neste estudo.

Outra pesquisa também não mostrou diferença estatística significativa entre os escores de QV quando comparados pacientes do pré e do pós-transplante renal, no entanto, mencionou que a média dos escores apontou para uma diferença positiva na avaliação da qualidade de vida após o transplante.³⁵

Um terceiro estudo mostrou uma percepção subjetiva em relação à QV, correlacionada negativamente com a presença de depressão e falta de apoio social.⁴

Souza RF de, Alves AS, Alencar IGM de.

No entanto, apesar do presente estudo e grande parte das pesquisas já mencionadas apresentarem resultados mais satisfatórios com relação à QV entre os transplantados renais, é válido ressaltar o potencial comprometimento desta no período posterior ao transplante, tendo em vista algumas preocupações peculiares desse período, como, por exemplo, mudanças na imagem corporal, insegurança com um possível retorno às atividades profissionais, medo da rejeição do enxerto e retorno à diálise, como corroboram alguns autores^{7,22,32,35}

No que diz respeito ao domínio aspecto social, o maior escore foi relacionado a um pequeno número de pacientes da fila pré-transplante, que apresentavam características sociais destoantes dos demais, como, por exemplo, renda superior, melhores condições de moradia, maior nível intelectual e acesso a tratamento de saúde particular ou conveniado, o que elevou a média dos escores nesse componente.

Quanto ao domínio saúde mental, também se observa uma diferença entre os pacientes da fila em relação aos transplantados. O fato deste domínio ter sido maior nesse grupo não representou significância estatística e destoa um pouco dos dados apresentados na tabela 3, que apresenta um maior número de casos de depressão nessa população, bem como de uma pesquisa realizada com pacientes em tratamento dialítico, em que na presença de depressão, verificou-se comprometimento da QV, principalmente nos domínios saúde mental e física.³⁰

Um estudo sobre preditores de qualidade de vida em pacientes com doença crônica em hemodiálise constatou menores escores em relação aos componentes físico e mental, relacionando esses resultados à presença de comorbidades como Diabetes Mellitus (DM) e Depressão, uso de CDL como acesso vascular, ausência de ocupação regular e menor nível educacional, o que influenciou negativamente a QV desse grupo.²³ Nesta pesquisa encontraram-se dados semelhantes com relação ao domínio limitações por aspectos físicos e divergentes com relação ao domínio saúde mental, no entanto, os resultados não apresentaram significância estatística.

Nas tabelas 7 e 8 observa-se que não houve significância estatística, no que diz respeito aos escores médios para avaliação da QV, em relação ao tempo de transplante, conforme outro estudo^(Erro! Indicador não definido.), e ao tempo de diálise.

Quanto ao transplante, como citado anteriormente, estudo realizado com 166 transplantados, sendo 47% de fígado, 42,8% de

Eventos adversos na unidade de terapia intensiva.

rim e 10,2% de coração, avaliou a relação entre os níveis de ansiedade, de depressão e QV e o período de tempo pós-transplante. Foram evidenciados maiores níveis de ansiedade e depressão um ano após o transplante, com negativa repercussão na QV dos pacientes.³⁶ Os autores justificaram os resultados como resultantes de preocupações: possibilidade de rejeição, infecções e com o futuro bem-estar físico, social e financeiro.²¹⁻⁵

No entanto, as preocupações referidas pelos pacientes são percebidas em todos os períodos do pós-transplante e até mesmo antes de ocorrer o transplante, pois se tratam de preocupações pertinentes, tendo em vista a real possibilidade de ocorrência das alterações mencionadas, conforme citado em pesquisa³⁵, o que reforça os resultados deste estudo.

Quanto à hemodiálise, pesquisa^{4,29}, demonstram que pacientes com menor tempo de tratamento dialítico apresentaram maiores escores para QV, o mesmo ocorrendo com pacientes que não tiveram tratamento dialítico antes do transplante. No entanto, com relação a pacientes transplantados que se submeteram a diálise antes da cirurgia, não foram percebidos, neste estudo, efeitos significativos na QV.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que a maioria dos domínios avaliados para qualidade de vida foi significativamente melhor entre os transplantados em relação aos pacientes da fila pré-transplante. Também foi verificado que a maior parte dos pacientes, tanto da fila quanto do pós-transplante, não apresentou depressão. O tempo de diálise e de transplante leva a crer não interferir na percepção dos pacientes sobre sua condição emocional e qualidade de vida, no entanto, ressalta-se a importância da valorização dos aspectos emocionais e psicossociais, devido às alterações que poderão surgir, tanto no pré, quanto no pós-transplante renal.

Acredita-se que a realização de outras pesquisas nessa área é de fundamental importância para melhor conhecimento do manejo do tratamento e do cuidado com os pacientes crônicos, sendo sugerido um acompanhamento psicológico sistemático, em todas as etapas do transplante, por parte, de equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólitos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.

Souza RF de, Alves AS, Alencar IGM de.

Eventos adversos na unidade de terapia intensiva.

2. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara 2002.
3. Romão Junior JE. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. Braz J Nephrol [Internet]. 2004 [cited 2017 Oct 22];26(3 Suppl 1):1-3. Available from: <http://www.jbn.org.br/how-to-cite/1183/en-US>
4. Castro M, Caiuby AVS, Draibe SA, Canziani MEF. Quality of life in life end-stage renal disease patients submitted to hemodialysis using the SF-36 health survey. Rev Assoc Med Bras. 2003 July/Sept;49(3):245-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000300025>
5. Zimmermann PR, Carvalho JO, Mari JJ. The impact of depression and others psychosocial factors in the prognosis of chronic renal patients. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2004 Sept/Dec;26(3):312-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082004000300008>
6. Bittencourt ZZLC, Alves Filho G, Mazzali M, Santos NR. Quality of life in renal transplant patients: impact of a functioning graft. Rev Saúde Pública. 2004 Oct;38(5):732-4. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000500018>
7. Pereira WA, Galazzi JF, Lima AS, Andrade MAC. Transplante de fígado. In: Pereira WA, organizador. Manual de transplantes de órgãos e tecidos. São Paulo: Medsi 2000. p. 203-37.
8. Vido MB, Fernandes RAQ. Quality of life: considerations about concept and instruments of measure. Online braz j nurs (Online). 2007 Mar;6(2). Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.2007870>
9. McIntyre T, Barroso R, Lourenço M. Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. Saúde mental [Internet]. 2002 Sept/Oct [cited 2017 Oct 23];4(5):13-24. Available from: http://www.saude-mental.net/pdf/vol4_rev5_artigo1.pdf
10. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. Am J Kidney Dis. 2001 Sept;38(3):443-64. PMID:11532675
11. Castro EK. O paciente renal crônico e o transplante de órgãos no Brasil: aspectos psicossociais. Rev SBPH [Internet]. 2005 June [cited 2017 Oct 22];8(1):1-14. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v8n1/v8n1a02.pdf>
12. Almeida AM, Meleiro AMAS. Depressão e insuficiência renal crônica. J Bras Nefrol. 2000;22(1):192-200. Available from:
13. Daugirdas JT. Manual de diálise. São Paulo: Medsi; 2003.
14. Silva Filho AP, Manfro RC, Noronha IL. Manual de Transplante Renal. São Paulo: Manole; 2004.
15. Karaminia R, Tavallai SA, Lorgard-Dezfuli-Nejad M, Lankarani M.M, Mirzaie HH, Einollahi B, et al. Anxiety and depression: a comparison between renal transplant recipients and hemodialysis patients. Transplant Proc. 2007 May;39(4):1082-4. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2007.03.088>
16. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev. 1988; 8(1):77-100. Doi: [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
17. Gorestein C, Andrade H. Beck depression inventory: psychometric properties of the portuguese version. Rev Psiquiatr Clin (São Paulo). 1998; 25(5):245-50.
18. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário de avaliação de qualidade de vida "Medical outcomes study 36-item short form health survey (SF-36)" [thesis] [Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999 [cited 2017 Oct 23]. Available from: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/15360>
19. Akman B, Ozdemir FN, Sezer S, Micozkadioglu H, Haberal M. Depression levels before and after renal transplantation. Transplant Proc. 2004 Jan; 36(1):111-3. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2003.11.021>
20. Dobbels F, Skeans MA, Snyder JJ, Tuomari AV, Maclean JR, Kasiske BL. Depressive disorder in renal transplantation: an analysis of Medicare claims. Am J Kidney Dis. 2008 May; 51(5):819-28. Doi: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2008.01.010>
21. Abrunheiro LMM, Perdigoto R, Sendas S. Evaluation and psychological support pre and post hepatic transplant. Psic Saúde Doenças [Internet]. 2005 Nov [cited 2017 Oct 24]; 6(2):139-43. Available from: <http://www.eloizaquintela.com.br/psicologia%20x%20tx.PDF>
22. Barbosa LMM, Andrade Júnior MP, Bastos KA. Predictors of Quality of Life in Chronic Hemodialysis Patients. J Bras Nefrol [Internet]. 2007 Dec [cited 2017 Oct 23]; 29(4):222-9. Available from: <http://www.jbn.org.br/export-pdf/132/29-04-07.pdf>

Souza RF de, Alves AS, Alencar IGM de.

Eventos adversos na unidade de terapia intensiva.

23. Velloso, RLM. Efeitos da hemodiálise no campo subjetivo dos pacientes renais crônicos. *Cogito* [Internet]. 2001 [cited 2017 Oct 25];3:73-82. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792001000100009&lng=pt&nrm=iso
24. Sasso KD, Galvão CM, Silva Jr OC, França AVC. Liver transplantation: teaching strategies used with patients waiting for surgery. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005 July/Aug;13(4):481-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000400004>
25. Massarollo MCKB, Kurcgant P. Nursing perceptions in the liver transplant program of a public hospital in Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2000 Aug; 8(4):66-72. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000400010>.
26. Higa K, Kost MT, Soares DM, Morais MC, Polins BRG. Quality of life of patients with chronic renal insufficiency undergoing dialysis treatment. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(Spe):203-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000500012>
27. Lara EA, Sarquis LMM. The chronic renal patient and the development of the work. *Cogitare Enferm*. 2005 Dec; 9(2):99-106. Doi: 10.5380/ce.v9i2.1721
28. Sayin A, Mutluay R, and Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. *Transplant Proc*. 2007 Dec; 39(10):3047-53. Doi: [10.1016/j.transproceed.2007.09.030](http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2007.09.030)
29. Noohi S, Khaghani-Zadeh M, Javadipour M, Assari S, Najafi M, Ebrahiminia M, et al. Anxiety and depression are correlated with higher morbidity after kidney transplantation. *Transplant Proc*. 2007 May; 39(4):1074-8. Doi: [10.1016/j.transproceed.2007.04.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2007.04.002)
30. Pereira LC, Chang J, Fadih-Romão MA, Abensur H, Araújo MRT, Noronha IL, et al. Health-related quality of life in renal transplant patients. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2003 [cited 2017 Oct 25];25(1):10-6. Available from: <http://www.jbn.org.br/export-pdf/418/25-01-02.pdf>
31. Overbeck I, Bartels M, Decker O, Harms J, Hauss J, Fangmann J. Changes in quality of life after renal transplantation. *Transplant Proc*. 2005 Apr; 37(3):1618-21. Doi: [10.1016/j.transproceed.2004.09.019](http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2004.09.019)
32. Martins PD, Sankarankutty AK, Silva OC, Gorayeb R. Psychological distress in patients listed for liver transplantation. *Acta Cir Bras* [Internet]. 2006 [cited 2017 Oct 22];21(1):40-3. Available from:
33. Arapaslan B, Soykan A, Soykan C, and Kumbasar H. Cross-sectional assessment of psychiatric disorders in renal transplantation patients in Turkey: a preliminary study. *Transplant Proc*. 2004 June; 36(5):1419-21. Doi: [10.1016/j.transproceed.2004.04.087](http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2004.04.087)
34. Ravagnani LMB, Domingos NAM, Miyazaki MCOS, Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estud Psicologia* [Internet]. 2007 [cited 2017 Oct 26];12(2):177-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a10v12n2.pdf>
35. Pérez-San-Gregorio MA, Martín-Rodríguez A, Díaz-Domínguez R, Pérez-Bernal J. The Influence of Posttransplant Anxiety on the Long-Term Health of Patients. *Transplant Proc*. 2006 Oct; 38(8):2406-8. Doi: [10.1016/j.transproceed.2006.08.069](http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2006.08.069)
36. Rosenberger J, Geckova AM, Dijk JP, Roland R, Heuvel WJ, Groothof FJW. Factors modifying stress from adverse effects of immunosuppressive medication in kidney transplant recipients. *Clin Transplant*. 2005 Feb;19(1):70-6. Doi: [10.1111/j.1399-0012.2004.00300.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-0012.2004.00300.x)
37. Moura Junior JA, Souza CAM, Oliveira IR, Miranda RO, Teles C, Moura Neto JA. Risk of suicide in hemodialysis patient: evolution and mortality in three years. *J bras psiquiatr*. 2008;57(1):44-51. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000100009>
38. Kurella M, Kimmel PL, Young BS, Chertow GM. Suicide in the United States end-stage renal disease program. *J Am Soc Nephrol*. 2005 Mar; 16(3):774-81. Doi: [10.1681/ASN.2004070550](http://dx.doi.org/10.1681/ASN.2004070550)
39. Lira ALBC, Guedes MVC, Lopes MVO. Adolescente renal crônico: alterações físicas, sociais y emocionales pos-trasplante. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* [Internet]. 2005 [cited 2017 Oct 22]; 8(4): 12-6. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v8n4/art02.pdf>
40. Almeida AM. The role of mental health in the quality of life and survival of end-stage renal disease patients. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2003 [cited 2017 Oct 23];25(4):209-14. Available from: <http://jbn.org.br/export-pdf/398/25-04-06.pdf>
41. Pietrovsk V, Dall'Agnol CM. Significant situations in the space and context of hemodialysis: what do users say about? *Rev*

Souza RF de, Alves AS, Alencar IGM de.

Eventos adversos na unidade de terapia intensiva.

Bras Enferm. 2006 Sept/Oct; 59(5):630-5. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000500007>

42. Amato MS, Amato Neto V, Uip DE. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença de Chagas submetidos a transplante de coração. Rev Soc Bras Med Trop. 1997 Mar/Apr;30(2):159-60. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86821997000200011>

43. Mendes AC, Shiratori K. The perception of a patient carrying a kidney disease regarding the kidney transplant. Nursing (São Paulo). 2002 Jan; 5(44):45-51.

44. Morsch C, Gonçalves L F, Barros E. End-stage renal disease severity index, clinical indicators and mortality of hemodialysis patients. Rev Assoc Med Bras. 2005 Sept/Oct; 51(5):296-300. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302005000500023>

45. Virzi A, Signorelli MS, Veroux M, Giammarresi G, [Maugeri S](#), [Nicoletti A](#), et al. Depression and quality of life in living related renal transplantation. Transplant Proc. 2007 July;39(6):1791-3. Doi:

[10.1016/j.transproceed.2007.05.011](http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2007.05.011)

46. Shah VS, Ananth A, Sohal GK, Bertges-Yost W, Eshelman A, Parasuraman RK, et al. Quality of life and psychosocial factors in renal transplant recipients. Transplant Proc. 2006 June;38(5):1283-5. Doi:

[10.1016/j.transproceed.2006.03.027](http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2006.03.027)

47. Cattai GBP, Rocha FA, Nardo Junior N, Pimentel GGA. Patients quality of life with chronic renal insufficiency - SF-36. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2007 [cited 2017 Oct 21]; 6(Suppl. 2):460-7. Available from:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5357/3394>

Submissão: 01/02/2017

Aceito: 10/11/2017

Publicado: 01/01/2018

Correspondência

Patrícia Madruga Rêgo Barros
Rua da Esperança, 2984 - Ap. 602, bloco B
Bairro Tejió
CEP: 50930-040 – Recife (PE), Brasil