

Ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com glomerulonefrite familiar ou doença renal policística autossômica dominante

Anxiety, depression, and quality of life in patients with familial glomerulonephritis or autosomal dominant polycystic kidney disease

Autores

Bruna Paes de Barros¹
José Luiz Nishiura¹
Ita Pfeferman
Heilberg¹
Gianna Mastroianni
Kirsztajn¹

¹Disciplina de Nefrologia,
Departamento de Medicina,
UNIFESP.

Data de submissão: 30/11/2010
Data de aprovação: 31/01/2011

Correspondência para:

Gianna Mastroianni
Kirsztajn
Disciplina de Nefrologia da
UNIFESP
Rua Botucatu, 740,
Vila Clementino
São Paulo – SP – Brasil
CEP: 04023-900
E-mail: gianna@nefro.
epm.br

O referido estudo foi
realizado na UNIFESP.

Os autores declaram a
inexistência de conflitos de
interesse.

RESUMO

Introdução: Aspectos psicológicos, transtornos psiquiátricos e qualidade de vida são frequentemente avaliados em pacientes em terapia renal substitutiva. Entretanto, não existem estudos que analisem ansiedade, depressão e qualidade de vida especificamente em pacientes portadores de doenças renais familiares. **Objetivo:** Avaliar a frequência de traços e estados ansiosos e depressivos e qualidade de vida, verificando as possíveis relações com os principais achados laboratoriais, clínicos, socioeconômicos e culturais de pacientes portadores de glomerulonefrites (GN) familiares ou de doença renal policística autossômica dominante (DRPAD). **Métodos:** Noventa pacientes adultos (52 GN familiares e 38 DRPAD) foram avaliados utilizando Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Inventário de Depressão Beck (Beck) e Questionário de Qualidade de Vida *Short Form-36* (SF-36), além de uma breve entrevista. **Resultados:** Observou-se ansiedade moderada em ambos os grupos, depressão em 34,6% das GN e em 60,5% das DRPAD. De um modo geral, ansiedade e depressão associaram-se mais ao gênero feminino na GN familiar e ao pior nível educacional na DRPAD. Pacientes de ambos os grupos apresentaram duas dimensões mais afetadas no que se refere à qualidade de vida, o aspecto emocional e a percepção geral do estado de saúde. Além disso, o SF-36 revelou que na presente amostra, a qualidade de vida foi pior para o sexo feminino, e para pacientes de cor branca, com baixa escolaridade e sem parceiros estáveis. **Conclusão:** Os questionários aplicados permitiram identificar frequência e graus de ansiedade, depressão e comprometimento da qualidade de vida nos pacientes com doença renal familiar, que poderiam afetar a aderência desses pacientes ao tratamento. Esses achados

ABSTRACT

Introduction: Psychological aspects and quality of life are often evaluated in patients under renal replacement therapy, but studies about anxiety, depression, and quality of life in familial renal diseases are lacking. **Objectives:** To evaluate the frequency of anxiety, depression, and quality of life (QOL) and their eventual associations with the main laboratory, clinical, socioeconomic, and cultural parameters in familial glomerulonephritis (GN) or autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD). **Methods:** Ninety adult patients (52 familial GN and 38 ADPKD) completed the questionnaires of State Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Depression Inventory (BDI), and QOL-Short-Form SF-36, and were also submitted to a short interview. **Results:** Moderate anxiety was detected in both groups. Depression was found in 34.6% of familial GN and 60.5% of ADPKD patients. Anxiety and depression were more associated with female gender in familial GN, and with poorer schooling in ADPKD. Patients of both groups presented two quality of life unfavorable dimensions: emotional role function and general health perception. In addition, quality of life was worse among females, unmarried, and Caucasian subjects, and those individuals with a poorer educational level. **Conclusion:** The use of these instruments allows one to appreciate the frequency and levels of anxiety, depression, and quality of life in patients with familial renal diseases that could affect their compliance to treatment. These findings can contribute to planning a better multidisciplinary assistance to such groups of patients.

podem contribuir para o planejamento de um melhor atendimento multidisciplinar para ambas as doenças.

Palavras-chave: ansiedade, depressão, qualidade de vida, glomerulonefrite, falência renal crônica.

Keywords: anxiety, depression, quality of life, glomerulonephritis, chronic kidney failure.

INTRODUÇÃO

Informação a respeito da presença de doença genética faz com que indivíduos que anteriormente acreditavam ser saudáveis tomem ciência de que têm o potencial genético de desenvolver uma doença no futuro ou de transmiti-la para seus descendentes. Exemplos de tais doenças são: a glomerulonefrite (GN) familiar e a doença renal policística autossômica dominante (DRPAD), assim como outras doenças renais crônicas familiares.

Vale salientar que o *Online Mendelian Inheritance in Man* (OMIM) já registrou mais de 50 doenças renais de origem genética e que a presença de uma história familiar de doença renal crônica (DRC) em estágio terminal é um importante fator de risco para o desenvolvimento subsequente de nefropatia em um determinado indivíduo.^{1,2}

A DRPAD se encontra entre as doenças genéticas mais comuns nos EUA, com uma prevalência de 1/800 indivíduos.³ Além disso, é a causa subjacente de DRC terminal em até 10% dos casos. Já se mostrou que a DRPAD e a depressão estão positivamente associadas, de forma estatisticamente significativa, em pacientes que iniciavam hemodiálise domiciliar.⁴ Também se relata frequentemente a concomitância de sintomas depressivos ou mesmo de depressão em pacientes em diálise, e tais condições podem representar outro fator de risco para mortalidade, além de prever morbidade.⁵⁻⁹ De fato, a maior parte dos estudos tem avaliado depressão e qualidade de vida em pacientes com doença renal, submetidos à diálise ou ao transplante renal. Poucos estudos avaliaram esses aspectos nos estágios iniciais da DRC, quando a função renal começa a declinar.

Vale salientar que, atualmente, a depressão é um distúrbio importante, e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que durante o início do século 21 será a segunda doença debilitante mais comum em todo o mundo.¹⁰ Projeções para 2020 colocam-na como uma causa relevante de perda dos anos de vida em países em desenvolvimento, respondendo por 5,6% de todos os casos. De fato, alguns sintomas depressivos podem estar na origem da falta de *compliance*: desânimo, perda de motivação e energia, dificuldades de concentração e memória e isolamento social,¹¹ comprometendo a aderência à terapêutica e modulando a situação imunológica e nutricional.^{12,13}

Os primeiros estudos sobre aspectos psicológicos em doenças renais familiares foram conduzidos por Manjoney e McKeegney, em 1978. Eles avaliaram famílias com DRPAD, e o achado mais importante correspondeu a “sentir-se culpado” pela transmissão de uma doença genética para os membros da sua família.¹⁴ Torra e Ballarín acrescentaram que ter uma consciência culpada e não falar sobre a sua doença foram aspectos detectados em membros das famílias com doenças renais hereditárias.

Por outro lado, a “negação” é uma resposta inicial universal a uma experiência traumática, e sem dúvida foi a defesa psicológica mais comum observada também em pacientes com síndrome de Alport. Um dos padrões que se repetiu foi a combinação de depressão das mães e uma atitude superprotetora em relação a um filho afetado pela doença de Alport. A partir daí, ficou claro que famílias com quaisquer manifestações da síndrome de Alport devem ser encorajadas a discutir abertamente as histórias pregressas de membros da família, seus medos, sentimentos ou culpas, suas esperanças e expectativas. O papel do médico e uma atitude empática são cruciais neste processo. Mães com pouca ou nenhuma manifestação da doença, que têm filhos com síndrome de Alport, mostram-se especialmente necessitadas de suporte psicológico.¹⁵

Já no que se refere à qualidade de vida, alguns estudos mostraram que anemia, idade, raça, condição clínica geral, modalidade de terapia dialítica, sedentarismo, distúrbios do sono, dor, disfunção erétil, depressão afetiva e insatisfação com o atendimento médico poderiam estar associados com uma percepção diferente da qualidade de vida na DRC terminal.¹⁶

O propósito do presente estudo foi descrever ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com doenças renais familiares, e avaliar os indicadores clínicos, laboratoriais, socioeconômicos e culturais eventualmente associados a tais condições nos pacientes com GN familiar e DRPAD.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo envolveu 52 pacientes portadores de GN familiares, acompanhados no Ambulatório de Nefrites, e 38 pacientes portadores de DRPAD, acompanhados

no Ambulatório da Doença Renal Policística da Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM).

Os critérios para inclusão foram: ser portador de GN familiar (o enfoque foi o acometimento familiar em si) ou DRPAD, ter idade igual ou superior a 18 anos, e ser acompanhado nos Ambulatórios mencionados. O diagnóstico de DRPAD baseou-se na presença de antecedentes familiares da doença, ou seja, um progenitor (pai ou mãe) afetados e ultrassonografia renal com cistos, preenchendo os critérios propostos por Pei *et al.*¹⁷ para cada faixa etária. Os critérios de exclusão foram: ser portador de doença oligofrênica ou ser analfabeto. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFESP. Após assinarem o termo de consentimento para participar do estudo, os pacientes preencheram os questionários IDATE (inventário de ansiedade), Beck (inventário de depressão de Beck) e SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy Survey*). Os instrumentos foram aplicados de acordo com a sua padronização, ou seja, respeitando-se os limites de tempo, as instruções verbais, as demonstrações preliminares e as formas de responder às perguntas, na seguinte sequência: IDATE, Beck e SF-36.

No que se refere aos instrumentos utilizados, o questionário de autoavaliação IDATE é composto por duas escalas para avaliar o estado ansioso (IDATE – estado) e o traço ansioso (IDATE – traço). Cada uma é composta por 20 afirmações (cada qual com uma escala de 1 a 4 pontos). Sendo assim, o escore total de cada escala pode variar de 20 a 80, sendo que os maiores valores indicam alto nível de ansiedade. São os seguintes os escores que indicam baixo (20-30), médio (31-49) ou alto (≥ 50) nível de ansiedade. Entre as escalas de ansiedade, o IDATE é uma das mais utilizadas em todo o mundo. O IDATE foi validado no Brasil¹⁸⁻²¹ e é um instrumento cuja aplicação foi autorizada em pesquisas científicas na resolução nº 002/2003 do Conselho Federal de Psicologia, embora este também recomende a revisão e atualização de dados normativos. Reforça a sua aplicabilidade o fato de que vem sendo utilizado em diversas teses no Brasil nos últimos anos,²²⁻²⁴ assim como em artigos.^{20,21,25} Os autores consideraram que, com vistas a uniformizar a linguagem entre estudos de diferentes origens, o uso deste instrumento agrega informação e por isso o adotaram na presente análise.

O inventário de depressão de Beck é uma escala autoaplicável, composta por 21 itens, cada um com quatro alternativas, com escores de 0 a 3, sendo 3 a pior condição. Os itens referem-se à tristeza, ao pessimismo, ao sentimento de fracasso, à insatisfação, à

culpa, à punição, à autoaversão, às autoacusações, às ideias suicidas, ao choro, à irritabilidade, ao retraimento social, à indecisão, à mudança na autoimagem, à dificuldade de trabalhar, à insônia, à fadigabilidade, à perda de apetite, à perda de peso, às preocupações somáticas e à perda da libido. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens (máximo de 63 pontos) e permite a classificação dos níveis de intensidade da depressão (10-18 pontos: leve; 19-29: moderada; ≥ 30 : severa).

O SF-36 é composto por 36 questões que avaliam as oito dimensões a seguir: funcionamento físico (dez itens), limitações causadas por problemas da saúde física (quatro itens), limitações causadas por problemas da saúde emocional (três itens), funcionamento social (dois itens), saúde mental (cinco itens), dor (dois itens), vitalidade (quatro itens), percepções da saúde geral (cinco itens), estado de saúde atual comparado há um ano antes (um item), que é computado à parte. Os valores de cada item variam de 0 a 100, sendo 0 o pior estado de saúde e 100, o melhor. O SF-36 é uma das formas mais utilizadas no mundo para avaliação da qualidade de vida, inclusive na população de pacientes com DRC. É classificado como um instrumento genérico; entre as suas vantagens, está a possibilidade de avaliar simultaneamente vários domínios e de ser usado em qualquer população, assim como o fato de permitir comparações entre pacientes com diferentes doenças. A grande desvantagem é o fato de que pode não demonstrar alterações em aspectos específicos.

Também foi realizada uma breve entrevista com os pacientes para documentar o conhecimento a respeito da doença. Foram adicionalmente utilizados os prontuários clínicos dos pacientes para a coleta de dados, com o objetivo de mostrar um panorama da sua história clínica.

Os grupos de pacientes foram comparados, levando em consideração aspectos clínicos, laboratoriais e demográficos, escores de qualidade de vida, ansiedade e depressão, usando-se o teste *t* de Student ou ANOVA. Para a correlação intragrupo, utilizou-se o coeficiente de Spearman. Construiu-se também um modelo de regressão linear. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significantes. Os dados foram analisados, usando-se o SPSS para Windows, versão 9.0.

RESULTADOS

Cinquenta e dois pacientes com GN familiar e 38 com DRPAD participaram deste estudo. Eles tinham pelo menos um parente de primeiro grau que era portador de DRC.

Entre os pacientes com GN familiar, 27 tinham biópsia renal prévia, que determinou os seguintes diagnósticos: 25,9%, glomeruloesclerose segmentar e focal; 14,8%, doença de lesões mínimas; 11,1%, glomerulopatia membranosa; 11,1%, GN membranoproliferativa; 7,4%, GN proliferativa; 7,4%, nefropatia por IgA; 3,7%, doença de Alport; 3,7%, nefropatia por C1q; 3,7%, nefrite lúpica e 11,1%, GN crônica sem um diagnóstico histológico conclusivo; os demais eram portadores de hematúria glomerular e/ou proteinúria sem biópsia.

Pacientes ou parentes com DRC secundária a diabetes e/ou hipertensão arterial, nefrolitíase e infecção urinária não foram incluídos no presente estudo.

Quando dados demográficos, avaliações clínico-laboratoriais e comorbidades de pacientes com GN familiar foram comparados com aqueles dos indivíduos com DRPAD, não foi evidenciada uma diferença estatisticamente significativa, exceto em relação ao parâmetro tempo de diagnóstico, que foi maior no grupo com DRPAD ($p = 0,012$) (Tabela 1). Hipertensão arterial e dislipidemia foram as comorbidades mais importantes encontradas em ambos os grupos. Pacientes com GN familiar apresentaram diabetes melito secundário ao tratamento da doença com corticosteroide em 7,7% dos casos. Como esperado, a DRC em estágio terminal foi mais frequentemente diagnosticada

Tabela 1 DADOS DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS E LABORATORIAIS DOS GRUPOS GN FAMILIAR E DRPAD. OS DADOS SÃO APRESENTADOS COMO PORCENTAGENS, EXCETO QUANDO DE OUTRA FORMA ESPECIFICADO

Dados demográficos, clínicos e laboratoriais	Grupos		Valor de p
	GN familiar (n = 52)	DRPAD (n = 38)	
Gênero			0,097 ^{##}
Feminino	31 (59,6%)	29 (76,3%)	
Masculino	21 (40,4%)	9 (23,7%)	
Idade – anos (média ± DP)	40,2 ± 12,6	38,5 ± 12,1	0,518 [#]
Raça/cor			0,054 ^{##}
Branco	40 (76,9%)	22 (57,9%)	
Não-branco	12 (23,1%)	16 (42,1%)	
Tempo de vida dedicado à educação regular			0,333 ^{**}
(a) ≤ 8 anos	30 (57,7%)	17 (44,7%)	
(b) ≥ 8 e ≤ 11 anos	17 (32,7%)	14 (36,8%)	
(c) ≥ 11 anos	5 (9,6%)	7 (18,4%)	
Estado civil			0,143 ^{##}
Não-casado (solteiro, separado ou divorciado)	18 (34,6%)	19 (50,0%)	
Casado (ou coabitando)	34 (65,4%)	19 (50,0%)	
Religião			0,389 ^{**}
Católicos	31 (62,0%)	16 (44,4%)	
Protestantes	10 (20,0%)	11 (30,6%)	
“Aqueles que acreditam em Deus, mas sem religião”	7 (14,0%)	6 (16,7%)	
Outros [†]	2 (4,0%)	3 (8,4%)	
Tempo de diagnóstico mediana (mínimo-máximo)	4,5 (1 – 21)	6,0 (1 – 37)	0,012 [*]
Creatinina sérica quando da entrevista (mg/dL) mediana (mínimo-máximo)	1,0 (0,6 – 2,0)	1,1 (0,7 – 1,9)	0,174 [*]
Comorbidades			
Hipertensão arterial	38 (73,1%)	24 (63,2%)	0,315 ^{##}
Diabetes melito	4 (7,7%)	-	0,135 ^{**}
Hiperlipidemia	24 (46,2%)	11 (29,0%)	0,098 ^{##}
DRC terminal [∞]	3 (5,8%)	5 (13,2%)	0,275 ^{**}

[#] Teste t de Student; ^{##} teste do χ^2 ; ^{*} teste de Mann-Whitney; ^{**} teste exato de Fisher; [†] Ateísmo, Kardecismo e Budismo; [∞] DRC terminal; doença renal crônica necessitando de terapia de substituição renal.

no Grupo DRPAD do que no de GN familiar (13,2 e 5,8%, respectivamente).

Ansiedade-estado de grau leve a ansiedade-traço de grau moderado foram constatadas em ambos os grupos. A ansiedade foi mais acentuada em mulheres do Grupo de GN familiar. Além disso, um nível de educação formal baixo associou-se também a escores mais elevados de ansiedade-traço no Grupo de DRPAD (Tabela 2).

Quando o inventário de ansiedade-estado foi aplicado a ambos os grupos, as respostas mais frequentemente encontradas foram sentimentos de ansiedade, “não se sentir em casa”, preocupação com infortúnio e a falta de alegria.

No inventário de ansiedade-traço, tensão, preocupações relativas à ocorrência de pensamentos fixos em problemas, cansaço e ideias persistentes sem real importância, que mantêm o indivíduo preocupado, foram as respostas mais frequentes para ambos os grupos.

A depressão foi detectada em 34,6% dos pacientes com GN familiar e em 60,5% dos pacientes com DRPAD. Entre os pacientes com GN familiar com depressão, apenas 9,6% usavam medicação antidepressiva, mas eles não eram acompanhados por um

profissional especializado em saúde mental regularmente. Nenhum dos pacientes com DRPAD usava drogas antidepressivas ou fazia terapia para depressão.

No que se refere aos dados do inventário de Beck, observou-se interação estatisticamente significativa entre gênero e tempo de diagnóstico (modelo de regressão linear, $p = 0,019$). As respostas mais comumente encontradas às questões do inventário de depressão foram: perda de libido, preocupações com a saúde física, distúrbios do sono, fadiga e dificuldade para trabalhar.

As piores dimensões de qualidade de vida avaliadas pelo SF-36 em ambos os grupos corresponderam ao estado geral de saúde e aos aspectos emocionais. Por outro lado, a melhor dimensão foi a capacidade física.

Um modelo de regressão linear foi ajustado, levando-se em consideração as variáveis demográficas, as avaliações clínico-laboratoriais e os resultados dos questionários de ansiedade, depressão e qualidade de vida. Resultados com $p < 0,05$ são apresentados nas Tabelas 3 e 4 para os Grupos GN familiar e DRPAD, respectivamente. Não foi observada correlação entre os marcadores laboratoriais (proteinúria e creatinina sérica) e ansiedade, depressão ou qualidade de vida.

Tabela 2 NÍVEIS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM GN FAMILIAR E DRPAD. OS DADOS SÃO APRESENTADOS COMO MÉDIAS ± DP, EXCETO QUANDO DE OUTRA FORMA ESPECIFICADO

Parâmetros avaliados	Grupos		Valor de p
	GN familiar (n = 52)	DRPAD (n = 38)	
IDATE - estado	39,5 ± 10,6	37,1 ± 10,8	0,296 [#]
IDATE - traço	47,9 ± 12,4	47,4 ± 12,6	0,849 [#]
Beck mediana (mínimo-máximo)	7 (0 – 43)	11 (1 – 38)	0,011 [*]
Beck (n de pacientes e %)			0,039 ^{**}
Sem depressão	34 (65,4%)	15 (39,5%)	
Leve à moderada	10 (19,2%)	17 (44,7%)	
Moderada à severa	6 (11,5%)	5 (13,2%)	
Severa	2 (3,8%)	1 (2,6%)	
SF-36			
Capacidade funcional	84,9 ± 17,5	83,7 ± 16,6	0,739 [#]
Aspecto físico	70,2 ± 39,9	71,1 ± 43,7	0,923 [#]
Dor	75,8 ± 29,4	80,4 ± 31,5	0,479 [#]
Percepção geral de saúde	54,7 ± 25,4	54,7 ± 23,3	0,999 [#]
Vitalidade	64,6 ± 30,2	67,6 ± 29,0	0,633 [#]
Aspecto social	77,6 ± 30,4	68,4 ± 35,1	0,186 [#]
Aspecto emocional	56,4 ± 43,6	50,9 ± 45,7	0,561 [#]
Saúde mental	68,8 ± 26,8	67,1 ± 25,4	0,749 [#]

[#] Teste t de Student; ^{##} teste do χ^2 ; ^{*} teste de Mann-Whitney; ^{**} Generalização do teste exato de Fisher.

Tabela 3 ÍNDICES DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA *VERSUS* DADOS DEMOGRÁFICOS EM PACIENTES COM GN FAMILIAR (FORAM LISTADAS APENAS AS CORRELAÇÕES COM VALOR DE P < 0,05)

GN familiar (n = 52)	Média ± DP	Valor de p
IDATE - estado		
Sexo feminino	42,3 ± 10,0	p = 0,021 [#]
Sexo masculino	35,4 ± 10,3	
IDATE - traço		
Sexo feminino	51,4 ± 12,0	p = 0,011 [#]
Sexo masculino	42,7 ± 11,2	
Beck mediana (mínimo –máximo)		
Sexo feminino	8 (1-30)	p = 0,013 [*]
Sexo masculino	3 (0-43)	
SF-36		
Capacidade funcional		
Sexo feminino	81,0 ± 18,8	p = 0,035 [#]
Sexo masculino	90,7 ± 13,6	p = 0,001 [#]
Branco	82,1 ± 18,8	
Não-branco	94,2 ± 5,6	
Vitalidade		
Sexo feminino	56,0 ± 31,1	p = 0,008 [#]
Sexo masculino	77,4 ± 24,4	
Saúde mental		
Sexo feminino	60,1 ± 26,5	p = 0,003 [#]
Sexo masculino	81,7 ± 22,0	

[#] teste t de Student; ^{*} teste de Mann-Whitney.

Para o Grupo de GN familiar, observou-se que quando ocorria aumento de um ano na idade, era esperada uma redução de 1,18 pontos no domínio “físico” (p = 0,007). A capacidade física dos pacientes não-brancos foi melhor do que aquela dos brancos (p = 0,026). O gênero se associou com a vitalidade (p = 0,025). Os indivíduos do sexo masculino apresentaram em média 21,4 ± 8,1 mais pontos em vitalidade do que os do sexo feminino (p = 0,011). No que tange ao estado mental, foi observado que os indivíduos do sexo masculino tinham em média 21,6 ± 7,0 mais pontos quando comparados aos do sexo feminino (p = 0,003).

Considerando o Grupo DRPAD, constatou-se que quando havia aumento de um ano na idade, era esperada uma redução de 1,11 pontos no domínio de dor corporal (p = 0,004). Os pacientes casados apresentaram em média 18,0 ± 7,8 pontos de saúde mental a mais que os não-casados (p = 0,028).

Tabela 4 ÍNDICES DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA *VERSUS* DADOS DEMOGRÁFICOS EM PACIENTES COM DRPAD (FORAM LISTADAS APENAS AS CORRELAÇÕES COM VALOR DE P < 0,05)

DRPAD (n = 38)	Mediana (mínimo –máximo)	Valor de p
IDATE - traço		
Sexo feminino	51 (23-73)	p = 0,016 [*]
Sexo masculino	36 (27-55)	
Educação formal [∞]		
(a)	55 (34-71)	p = 0,017 [†]
(b)	48 (23-73)	
(c)	36 (30-67)	
Beck		
Sexo feminino	13 (1-38)	p = 0,038 [*]
Sexo masculino	8 (1-16)	
Educação formal [∞]		
(a)	15 (6-38)	p = 0,010 [†]
(b)	9,5 (1-16)	
(c)	7 (1-16)	
SF-36		
Capacidade funcional		
Educação formal [∞]		
(a)	75 (35-100)	p = 0,001 [†]
(b)	90 (85-100)	
(c)	95 (80-100)	
Aspectos físicos		
Educação formal [∞]		
(a)	25 (0-100)	p = 0,035 [†]
(b)	100 (0-100)	
(c)	100 (75-100)	
Dor		
Educação formal [∞]		
(a)	72 (0-100)	p = 0,017 [†]
(b)	100 (41-100)	
(c)	100 (100-100)	
Saúde mental		
Educação formal [∞]		
(a)	68 (1-100)	p = 0,058 [†]
(b)	80 (28-100)	
(c)	84 (44-92)	
Não-casado (média ± DP)		
(solteiro, separado ou divorciado)	58,1 ± 26,6	p = 0,028 [#]
Casado (média ± DP) (ou coabitando)		
	76,0 ± 21,1	

[#] Teste t de Student; ^{*} teste de Mann-Whitney; [†] teste de Kruskal Wallis; DP: desvio padrão; [∞] Educação formal: tempo de vida dedicado à educação formal: (a) ≤ 8 anos; (b) ≥ 8 e ≤ 11 anos; (c) ≥ 11 anos.

DISCUSSÃO

Nos inventários de ansiedade e depressão, os pacientes obtiveram maior pontuação nos parâmetros relacionados à fadiga, falta de alegria, redução da função sexual, distúrbios do sono, dificuldade em manterem suas atividades profissionais e tomarem decisões. Aspectos similares foram também observados em uma revisão publicada por Kimmel.²⁶

Os escores de ansiedade mais elevados foram encontrados entre as mulheres e os indivíduos que não eram casados. Essa conclusão também está de acordo com os achados de Andrade.²⁷ Mulheres apresentaram mais depressão e os piores escores em todos os domínios de qualidade de vida. De forma semelhante, alguns autores haviam observado anteriormente que as mulheres tinham piores escores do que os homens, possivelmente por terem perdido apoio social.²⁸

É notório que os escores de ansiedade (traço e estado) dos pacientes com GN familiar e DRPAD foram piores do que aqueles de pacientes com diabetes e mulheres com história familiar de câncer de mama do Reino Unido.^{29,30}

Os pacientes do presente estudo relataram distúrbios do sono no inventário de Beck. Nota-se que tais distúrbios estão frequentemente associados com um risco aumentado de doença cardiovascular, e uma alta percentagem de pacientes em hemodiálise sofrem em silêncio de distúrbios do sono; sendo assim, essa condição tem sido subdiagnosticada.³¹ Tal perfil tem certamente várias causas, inclusive problemas psicológicos, particularmente depressão.³² Os presentes achados estão de acordo com estudos anteriores, uma vez que ansiedade e depressão já foram relacionados à qualidade deficiente do sono entre pacientes transplantados renais.³³

Vale ressaltar que a depressão é uma doença psiquiátrica observada na população geral e tem frequência estimada de 3 a 5%. Quando associada a outras condições clínicas, determina pior prognóstico, pior aderência, taxas aumentadas de morbidade e mortalidade. Frequentemente, a depressão é subdiagnosticada e menos tratada do que deveria,^{8,11,34,35} mesmo em pacientes com DRC terminal.^{36,37} Em um estudo realizado na Turquia, 24% dos 50 pacientes com DRC em estágio terminal tinham depressão.³⁸ Outros estudos mostraram que 30% dos pacientes com tal doença sofriam de depressão, reforçando que a DRC em fase avançada associa-se a uma qualidade de vida ruim.^{13,39} Além disso, o risco de suicídio é mais alto nesses pacientes do que na população geral.⁴⁰

No presente estudo, depressão esteve presente em 34,6% dos casos de GN familiar e 60,5% daqueles de DRPAD. Os indivíduos do sexo feminino com DRPAD

apresentaram níveis mais acentuados de depressão do que aqueles do Grupo de GN familiar. Ambos os grupos tiveram maior proporção de pacientes deprimidos do que os grupos de DRC, hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua de um estudo da Turquia (33,8, 19,2 e 12,8%, respectivamente).⁴¹

Ainda são escassos os dados relacionados a uma abordagem terapêutica mais apropriada da depressão, mas alguns autores relatam a importância de inibidores seletivos de recaptção da serotonina, da terapia comportamental cognitiva e de trabalhar com um grupo de suporte social para o tratamento da depressão em pacientes com DRC; a farmacoterapia é sempre recomendada. Entre as estratégias para tratar ansiedade e depressão, assim como para melhorar a qualidade de vida, alguns estudos sugerem exercícios físicos regulares. Suporte social também é considerado como um aspecto relevante na evolução de pacientes com DRC em terapia de substituição renal.⁴² Tanto o suporte familiar como o social podem colaborar para a melhora da condição dos pacientes, e tal abordagem correlacionou-se com melhor qualidade de vida, *compliance* aumentado, satisfação com médicos e cuidadores, assim como um nível aumentado de religiosidade e espiritualidade.^{43,44} A nossa observação de que os pacientes casados com DRPAD apresentaram melhor saúde mental do que os não-casados está de acordo com tais achados.

Ansiedade e depressão, possivelmente, contribuem para a morbidade mais elevada, previamente relatada entre os receptores de transplante renal, o que implicaria não apenas em uma qualidade de vida ruim, mas também em relação marital, função sexual e qualidade de sono piores.⁴⁵

No que se refere à qualidade de vida, já se descreveu que a anemia está associada com melhora em alguns aspectos avaliados no SF-36, particularmente no domínio de vitalidade em pacientes com DRC em estágio 5.⁴⁶ No presente estudo, a vitalidade das mulheres com GN familiar foi inferior à dos homens. Uma possível explicação para a redução da vitalidade na DRC poderia ser a ocorrência de anemia, mas essa condição não foi detectada entre as principais comorbidades presentes em ambos os grupos. Além disso, nenhum outro parâmetro no exame físico ou na avaliação laboratorial foi associado à vitalidade.

É interessante notar que os escores do estado de saúde geral e os aspectos emocionais dos pacientes aqui avaliados foram piores do que os já descritos para indivíduos em hemodiálise no Brasil,⁴⁷ assim como para aqueles com câncer de testículo na Noruega,⁴⁸ demonstrando a influência das condições aqui estudadas sobre esses parâmetros.

Os piores escores de ansiedade-traço, inventário de depressão, capacidade funcional e aspectos físicos, dor e saúde mental foram encontrados em pacientes com DRPAD; também neste grupo se evidenciou o menor nível de educação formal. É possível que esses resultados estejam associados ao baixo nível econômico e consequente dificuldade de acesso a programas de prevenção de doenças renais, assim como à prevalência mais elevada de desnutrição e depressão.⁴⁹

No que tange aos relatos livres dos pacientes, as queixas referiram-se, de um modo geral, ao sistema de saúde como um todo, às limitações impostas pela condição crônica da doença e às experiências pessoais traumáticas, as quais certamente podem ter influenciado de forma expressiva as pontuações dos instrumentos aqui utilizados. Assim, ansiedade, depressão e alterações na qualidade de vida devem ser avaliadas no contexto integral de inserção do paciente; algumas vezes, essas condições podem estar ligadas a ser portador de uma doença familiar, mas em outras independe totalmente deste aspecto.

Por fim, considerou-se que os pacientes e seus parentes precisam de suporte psicológico para lidar com ansiedade, raiva, culpa, depressão e aceitação de seus diagnósticos nos casos de DRPAD. Sem dúvida, os pacientes com DRPAD deveriam ser assistidos por um nefrologista e uma equipe de atendimento nefrológico multidisciplinar. A avaliação de ansiedade, depressão e qualidade de vida deveria ser parte das consultas “médicas” rotineiras, com adequado encaminhamento subsequente para profissionais de saúde mental. Espera-se, assim, que o tratamento apropriado das condições psiquiátricas venha a melhorar o bem-estar e a evolução do paciente.⁴⁵

Em resumo, ansiedade, depressão e indicadores de qualidade de vida em pacientes com doenças renais familiares não são usualmente avaliados de forma adequada nos serviços de saúde, o que não permite o devido diagnóstico de eventuais distúrbios. Na população estudada pelos autores deste artigo, constatou-se depressão, ansiedade-traço de grau moderado e qualidade de vida prejudicada, particularmente em relação a alguns dos aspectos avaliados. Esses achados podem afetar de forma adversa o tratamento global desses pacientes, inclusive no que se refere à falta de aderência ao tratamento, entre outros fatores, o que poderia contribuir indiretamente para a má evolução da doença renal. Em última análise, essa situação é certamente danosa e pode manter um círculo vicioso constituído por distúrbios psíquicos e *compliance* insatisfatório.

AGRADECIMENTOS

Este estudo recebeu suporte financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. Lei HH, Perneger TV, Klag MJ, Whelton PK, Coresh J. Familial aggregation of renal disease in a population-based case-control study. *J Am Soc Nephrol* 1998; 9:1270-6.
2. Satko SG, Freedman BI. The importance of family history on the development of renal disease. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2004; 13:337-41.
3. Wilson PD. Polycystic kidney disease. *N Engl J Med* 2004; 350:151-64.
4. Lowry MR, Atcherson E. Characteristics of patients with depressive disorder on entry into home hemodialysis. *J Nerv Ment Dis* 1979; 167:748-51.
5. Devins GM, Mann J, Mandin H, Paul LC, Hons RB, Burgess ED *et al.* Psychosocial predictors of survival in end-stage renal disease. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178:127-33.
6. Peterson RA, Kimmel PL, Sacks CR, Mesquita ML, Simmens SJ, Reiss D. Depression perception of illness and mortality in patients with end-stage renal disease. *Int J Psychiatry Med* 1991; 21:343-54.
7. Kimmel PL, Weihs K, Peterson RA. Survival in hemodialysis patients: the role of depression. *J Am Soc Nephrol* 1993; 4:12-27.
8. Lopes AA, Bragg J, Young E, Goodkin D, Mapes D, Combe C *et al.* Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int* 2002; 62:199-207.
9. Mapes DL, Bragg-Gresham JL, Bommer J, Fukuhara S, McKeivitt P, Wikstrom B *et al.* Health-related quality of life in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Am J Kidney Dis* 2004; 44:54-60.
10. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004; 184:386-92.
11. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000; 160:2101-7.
12. Levenson JL, Glocheski S. Psychological factors affecting end-stage renal disease. A review. *Psychosomatics* 1991; 32:382-9.
13. Cukor D, Peterson RA, Cohen SD, Kimmel PL. Depression in end-stage renal disease hemodialysis patients. *Nat Clin Pract Nephrol* 2006; 2:678-87.
14. Manjoney DM, McKeegney FP. Individual and family coping with polycystic kidney disease: the harvest of denial. *Int J Psychiatry Med* 1978; 9:19-31.
15. Pajari H, Sinkkonen J. Psychosocial impact of an X-linked hereditary disease: a study of Alport syndrome patients and family members. *Child Care Health Dev* 2000; 26:239-50.
16. Kimmel PL, Patel SS. Quality of life in patients with chronic kidney disease: focus on end-stage renal disease treated with hemodialysis. *Semin Nephrol* 2006; 26:68-79.

17. Pei Y, Obaji J, Dupuis A, Peterson AD, Magistroni R, Dicks E, et al. Unified criteria for ultrasonographic diagnosis of ADPKD. *J Am Soc Nephrol* 2009; 20:205-12.
18. Biaggio AMB, Natalício L. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço Estado (IDATE). Rio de Janeiro: CEPA; 1979.
19. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck depression inventory and the state-trait anxiety inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res* 1996; 29:453-7.
20. Andrade L, Gorenstein C, Vieira Filho AH, Tung TC, Artes R. Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. *Braz J Med Biol Res* 2001; 34:367-74.
21. Fioravanti ACM, Santos LF, Maissonette S, Cruz APM, Landeira-Fernandez J. Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade traço do IDATE. *Av Psicol* 2006; 5:217-24.
22. Fioravanti ACM. Propriedades psicométricas do inventário de ansiedade traço-estado IDATE [dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2006.
23. Kaipper MB. Avaliação do inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) através da análise de Rasch [dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
24. Bueno MF. Avaliação da ansiedade e percepção do suporte familiar em hipertensos [dissertação de Mestrado]. Itatiba: Universidade São Francisco; 2009.
25. Gorenstein C, Pompéia S, Andrade L. Scores of Brazilian university students on the Beck depression and the state-trait anxiety inventories. *Psychological Reports* 1995; 77:635-41.
26. Kimmel PL, Peterson RA. Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs. *Semin Dial* 2005; 18:91-7.
27. Andrade L, Gorenstein C, Vieira Filho AH, Tung TC, Artes R. Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. *Braz J Med Biol Res* 2001; 34:367-74.
28. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001; 38:443-64.
29. Skinner TC, Davies MJ, Farooqi AM, Jarvis J, Tringham JR, Khunti K. Diabetes screening anxiety and beliefs. *Diabet Med* 2005; 22:1497-502.
30. Brain K, Gray J, Norman P, France E, Anglim C, Barton G *et al.* Randomized trial of a specialist genetic assessment service for familial breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92:1345-51.
31. Jurado-Gamez B, Martin-Malo A, Alvarez-Lara MA, Munoz L, Cosano A, Aljama P. Sleep disorders are underdiagnosed in patients on maintenance hemodialysis. *Nephron Clin Pract* 2007; 105:c35-42.
32. Jadoulle V, Hoyois P, Jadoul M. Anxiety and depression in chronic hemodialysis: some somatopsychic determinants. *Clin Nephrol* 2005; 63:113-8.
33. Sabbatini M, Crispo A, Pisani A, Gallo R, Cianciaruso B, Fuiano G *et al.* Sleep quality in renal transplant patients: a never investigated problem. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20:194-8.
34. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry* 2003; 54:216-26.
35. Kathiresan S, Melander O, Guiducci C, Surti A, Burt NP, Rieder MJ *et al.* Six new loci associated with blood low-density lipoprotein cholesterol, high-density lipoprotein cholesterol or triglycerides in humans. *Nat Genet* 2008; 40:189-97.
36. Kimmel PL. Depression in patients with chronic renal disease: what we know and what we need to know. *J Psychosom Res* 2002; 53:951-6.
37. Fukuhara S, Yamazaki S, Hayashino Y, Green J. Measuring health-related quality of life in patients with end-stage renal disease: why and how. *Nat Clin Pract Nephrol* 2007; 3:352-3.
38. Soykan A, Boztas H, Kutlay S, Ince E, Aygor B, Ozden A *et al.* Depression and its 6-month course in untreated hemodialysis patients: a preliminary prospective follow-up study in Turkey. *Int J Behav Med* 2004; 11:243-6.
39. Odden MC, Whooley MA, Shlipak MG. Depression, stress, and quality of life in persons with chronic kidney disease: the Heart and Soul Study. *Nephron Clin Pract* 2006; 103:c1-7.
40. Kurella M, Kimmel PL, Young BS, Chertow GM. Suicide in the United States end-stage renal disease program. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16:774-81.
41. Kalender B, Ozdemir AC, Koroglu G. Association of depression with markers of nutrition and inflammation in chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Nephron Clin Pract* 2006; 102:c115-21.
42. Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis* 2000; 35:S132-40.
43. Kimmel PL. Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int* 2001; 59:1599-613.
44. Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. The impact of social support on end-stage renal disease. *Semin Dial* 2005; 18:98-102.
45. 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; 39:1074-8.
46. Beusterien KM, Nissenson AR, Port FK, Kelly M, Steinwald B, Ware JE Jr. The effects of recombinant human erythropoietin on functional health and well-being in chronic dialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 1996; 7:763-73.
47. Castro M, Caiuby AVS, Draibe AS, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49:245-9.
48. Fossa SD, Dahl AA. Short Form 36 and Hospital Anxiety and Depression Scale. A comparison based on patients with testicular cancer. *J Psychosom Res* 2002; 52:79-87.
49. Castro MCM, Silveira ACBS, Silva MV, Couto JL, Xagoraris M, Centeno JR *et al.* Inter-relações entre variáveis demográficas, perfil econômico, depressão, desnutrição, e diabetes mellitus em pacientes em programa de hemodiálise. *J Bras Nefrol* 2007; 29:143-51.