



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA**

JANUÁRIO SÉRVULO DE SOUSA JÚNIOR

**OCORRÊNCIA DO QUINTO SINAL VITAL E DEPRESSÃO NA AVALIAÇÃO DO
DOENTE RENAL CRÔNICO (DRC)**

CAMPINA GRANDE-PB

2010

JANUÁRIO SÉRVULO DE SOUSA JÚNIOR

**OCORRÊNCIA DO QUINTO SINAL VITAL E DEPRESSÃO NA AVALIAÇÃO DO
DOENTE RENAL CRÔNICO (DRC)**

Projeto de pesquisa referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^a. Ms. ALECSANDRA FERREIRA TOMAZ

CAMPINA GRANDE-PB

2010

S725o

Sousa Júnior, Januário Sérvulo de.

Ocorrência do quinto sinal vital e depressão na
avaliação do doente renal crônico (DRC) [manuscrito] /
Januário Sérvulo de Sousa Júnior. – 2010.

50 f.: il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2010.

“Orientação: Profa. Ma. Alecsandra Ferreira Tomaz,
Departamento de Fisioterapia”.

1. Dor. 2. Depressão. 3. Insuficiência Renal Crônica.
I. Título.

21. ed. CDD 616.614

JANUÁRIO SÉRVULO DE SOUSA JÚNIOR

OCORRÊNCIA DO QUINTO SINAL VITAL E DEPRESSÃO NA AVALIAÇÃO
DO DOENTE RENAL CRÔNICO (DRC)

Aprovada em 09 / 12 / 2010

BANCA EXAMINADORA

Alexsandra Ferreira Tomaz

Orientadora: Prof^a. Ms. Alexsandra Ferreira Tomaz
Universidade Estadual da Paraíba-UEPB

Carlúcia Ithamar F. Franco

Examinadora: Prof^a. Dr^a Carlúcia Ithamar Fernandes Franco
Universidade Estadual da Paraíba-UEPB

Alba Lucia S. Ribeiro

Examinadora: Prof^a. Esp. Alba Lucia da Silva Ribeiro
Universidade Estadual da Paraíba-UEPB

O rio e o leão

“Depois de uma grande enchente, o leão viu-se cercado por um rio e ficou sem saber como sair dali. Nadar não era de sua natureza, mas só lhe restavam duas opções: atravessar o rio ou morrer. O leão urrou, mergulhou na água, quase se afogou, mas não conseguiu atravessar. Exausto, deitou para descansar.

Foi quando escutou o rio dizer:

- Jamais lute com o que não está presente.

Cautelosamente, o animal olhou em volta e perguntou:

- O que não está aqui?

- O seu inimigo não está aqui – respondeu o rio. – assim como você é um leão, eu sou apenas um rio.

Ao ouvir isso, o leão, muito sereno, começou a estudar as características do rio. Logo identificou um certo ponto em que a correnteza empurrava para a margem e, entrando na água, conseguiu boiar até o outro lado.“

Hugh Prather

AGRADECIMENTOS

Ao grande DEUS, em primeiríssimo lugar, com toda honra e toda glória, Meu pai, amigo e companheiro em todos os momentos da minha existência.

A minha guardiã e avó, Maria Cassiano da Silva que sempre esteve comigo em toda minha vida: alegrias e dificuldades. Amorosa e cuidadosa, me acordando todas as manhãs com café pronto e sorriso no rosto, para que eu não perdesse a hora, me ensinou não só como ser adulto, mais também a ser fisioterapeuta;

A minha mãe, por ter me recebido com carinho e amor em seu seio, e ter participado do meu crescimento em todos os aspectos, sempre com muitas dificuldades, mas também com muita determinação;

Ao meu pai, por ter me dado a oportunidade de viver todos os desafios deste mundo;

Aos meus irmãos e familiares por, de uma forma ou de outra, fazerem parte da minha vida, e especialmente ao meu irmão Márcio pela amizade e iniciativa;

A minha amiga Dora e sobrinha Juliana, pelo apoio nos momentos de dificuldade;

A minha orientadora prof^a Alecsandra, muito prestativa e atenciosa em todos os momentos, sempre com boas idéias e paciência de mestre;

A professora Carlúcia, que sempre me deu força e atenção, e a honra de aceitar participar deste TCC, contribuindo para meu crescimento, mesmo com todas as dificuldades do momento, sempre muito prestativa;

A professora Alba por aceitar participar da banca deste TCC, contribuindo para o meu aperfeiçoamento profissional;

A todos os professores que contribuíram com minha educação desde a infância;

Ao meu amigo Erik Ermano, que foi tão compreensivo e companheiro durante quase todos estes anos da graduação;

A tia Carminha, que sempre tão animada me elevava o ânimo quando eu menos esperava;

A minha amiga Ylanna, que caminhou sempre comigo ao longo de quase toda graduação, enfrentando e superando desafios;

A Marlem, companheira de muitas jornadas;

A enfermeira Cristina, por ter me dado a oportunidade de iniciar carreira de técnico em enfermagem na hemodiálise;

A Dr^a Virginia Moura, por ter confiado em mim e ter me permitido o recomeço;

A Dr^a Aparecida Firmino, por ter nos recebido de portas abertas para realização desta pesquisa;

As enfermeiras Socorro e Luana e todo corpo de enfermagem da hemodiálise do hospital Dr^o Edgley, por terem cooperado com esta pesquisa;

A todos os pacientes dos hospitais e clínica; aos que concordaram participar desta pesquisa; e a todos os guerreiros pacientes e amigos que eu conheci e que já sucumbiram dentro dos serviços de hemodiálise que trabalhei;

A Karla Ayres, por ter me ajudado com a pesquisa, por ter contribuído para o conhecimento na área e neste trabalho em particular;

A minha vizinha e amiga Claudia Maria por me ajudar nos momentos mais intensos da monografia;

A minha amiga Vilma Regia, enfermeira e companheira de viagens a trabalho;

A todos os funcionários desta universidade e principalmente os do departamento de fisioterapia, pelo serviço e atenção prestada;

A minhas colegas do plantão noturno Kamyly, Claudine e Soelley, por terem compreendido todas as dificuldades no final da graduação;

As colegas do Hospital Belarmino Correia (Goiana-PE), que me ajudaram em todos os plantões;

Ao amigo Josinaldo Vitório, pelas palavras e ombro amigos e por estar comigo nos primeiros passos, do profissional, do acadêmico e do social;

A todos os amigos que não foram citados mais que participaram desse processo de construção e aprendizado que é a vida.

A amiga Cinthia Brasileiro Celestino, pela sua amizade e contribuição com seu conhecimento bilíngue.

Meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

SOUSA JÚNIOR, Januário Sérvulo de. **OCORRÊNCIA DO QUINTO SINAL VITAL E DEPRESSÃO NA AVALIAÇÃO DO DOENTE RENAL CRÔNICO (DRC)**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, Campina Grande, 2010.

Introdução: No Brasil e no mundo a doença renal crônica tem acometido, a cada ano, mais indivíduos no auge da sua vida produtiva. A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma patologia grave, e mesmo com Terapia Renal Substitutiva (TRS), tem, em nosso meio, mortalidade superior em números absolutos a maioria das neoplasias como: câncer do colo do útero, colo/reto, próstata e mama e próximo à de câncer de estômago. Dentre as entidades que acometem o Doente Renal Crônico (DRC) a dor e a depressão podem ser coadjuvantes das morbidades que culminam com a morte. O objetivo dessa pesquisa foi verificar ocorrência do quinto sinal vital e depressão na avaliação do doente renal crônico. **Metodologia:** A pesquisa de caráter transversal e exploratório. Os dados foram colhidos de Agosto a setembro de 2010, com uma amostra de 35 DRC numa unidade de hemodiálise na cidade de Campina Grande, PB, Brasil. Foi aplicada uma Ficha de Avaliação (FA), Inventário de Depressão de Beck (IDB), e Inventário Breve da Dor (IBD). **Resultados:** A FA revelou que a maioria dos indivíduos era do sexo masculino (60%, n= 21) na faixa de idade de 41- 60 anos 54,2% (n=19) a maioria dos sujeitos (71,4%) apresentam escolaridade igual ou inferior ao nível fundamental, com tempo de diálise predominante entre 0-3 anos 57,1% (n=20) e 68,5% (n=24) revelaram sentir algum tipo de dor constante. No IBD, 60% da amostra referiu dor nas últimas 24h. A pior dor sentida apresentou média de $5,90 \pm 2,2$; a média dessa dor sentida na visão do paciente foi $4,4 \pm 1,7$; nos hábitos gerais o IBD revelou que a dor interferiu no trabalho em média $4,7 \pm 4,0$; na habilidade de caminhar em média $4,5 \pm 3,3$; e no sono $3 \pm 3,34$. No IDB a depressão apresentou-se de forma predominante nesta pesquisa em 48,5% (n=17) da amostra e 17,1% (n=6) apresentavam-se com disforia. **Conclusão:** Este estudo mostrou que a disforia revelou-se na minoria da amostra, a depressão e a dor revelaram-se em grande parte da amostra, destacando a importância do desenvolvimento de programas de prevenção destas entidades, através de pesquisas longitudinais de acordo com a realidade de cada serviço.

Palavras-chave: Quinto Sinal Vital (Dor); Inventário Breve de Dor (IBD); Inventário de Depressão de Beck (IDB); Hemodiálise; Insuficiência Renal Crônica.

ABSTRACT

SOUSA JUNIOR, Januário Sérvulo de. **OCCURRENCE OF DEPRESSION AND FIFTH VITAL SIGN IN EVALUATION OF CHRONIC RENAL PATIENT (DRC).** Completion of course work (undergraduate Physiotherapy) - University of Paraíba - UEPB, Campina Grande, 2010.

Introduction: In Brazil and the world to chronic kidney disease has affected every year, most individuals in the prime of their productive lives. The Chronic Renal Failure (CRF) is a severe disease, and even with Renal Replacement Therapy (RRT), has on our environment, higher mortality in absolute numbers the majority of cancers such as cancer of the cervix, colon / rectum, prostate and near the breast and stomach cancer. Among the entities that affect the chronic kidney disease (CKD) pain and depression can be adjuncts of the morbidities that culminate in death. The objective of this research was to investigate the occurrence of depression and the fifth vital sign in the evaluation of chronic kidney disease. **Methodology:** Research transversal and exploratory. Data were collected from August to September 2010 with a sample of 35 CKD a hemodialysis unit in the city of Campina Grande, PB, Brazil. Was applied an Assessment Statement (FA), Beck Depression Inventory (BDI), Brief Pain Inventory and (IBD). **Results:** FA revealed that the majority of subjects were male (60%, n = 21) in the age range of 41 - 60 years 54.2% (n = 19) in most subjects (71.4%) schooling or less present at the fundamental level, with long dialysis predominantly between 0-3 years 57.1% (n = 20) and 68.5% (n = 24) showed feel some kind of constant pain. In IBD, 60% said pain in the last 24h. The worst pain felt had a mean of 5.90 ± 2.2 , the average of that pain felt in the patient's vision was 4.4 ± 1.7 , in general habits IBD revealed that the pain interfered with work on average 4.7 ± 4.0 ; the ability to walk on average 4.5 ± 3.3 , and sleep 3 ± 3.34 . In the BDI depression was so prevalent in this research in 48.5% (n = 17) sample and 17.1% (n = 6) presented with dysphoria. **Conclusion:** This study showed that dysphoria proved to be in the minority of the sample, depression and pain revealed in most of the participants, highlighting the importance of developing prevention programs of these entities, through longitudinal surveys in accordance with the reality of each service

Keywords: Fifth Vital Sign; Brief Pain Inventory (BPI), Beck Depression Inventory (BDI), Hemodialysis, Chronic Renal Failure.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CSP - Código do Sujeito da Pesquisa
DC - Doença Cardíaca
DP - Diálise Peritoneal
DRC - Doente Renal Crônico
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HD - Hemodiálise
HPT2 - Hiperparatireoidismo Secundário
h - Hora (s)
IDB - Inventário de Depressão de Beck
IBD - Inventário Breve da Dor
IRC - Insuficiência Renal Crônica
n- Número
N- Não
OMS - Organização Mundial de Saúde
OR - Osteodistrofia Renal
PB - Paraíba
Pmp - Por Milhão de Pessoas
PM - Peso Molecular
QV - Qualidade de Vida
S- Sim
SIC – Segundo Informações Colhidas
SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia
TRS - Terapia Renal Substitutiva
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	Dializador para hemodiálise.....	10
-------------------	----------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Características Sócio-Demográficas de pacientes submetidos à hemodiálise.....	20
TABELA 2	Identificação dos hábitos sociais e patologias existentes em pacientes submetidos à hemodiálise.....	22
TABELA 3	Perfil da ocorrência e duração da dor em pacientes submetidos a hemodiálise.....	22
TABELA 4	Perfil de dor no Inventário Breve da Dor (IBD), em pacientes submetidos a hemodiálise.....	23
TABELA 5:	Estado emocional no Inventário de Depressão de Beck (IDB) em pacientes submetidos à hemodiálise.....	25

SUMÁRIO

	ABSTRACT	
	LISTA DE ABREVIATURAS	
	LISTA DE FIGURAS	
	LISTA DE TABELAS	
1	INTRODUÇÃO	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1	A Insuficiência Renal Crônica (IRC).....	15
2.2	Terapia Renal Substitutiva (TRS).....	15
2.3	A dor e a depressão no doente renal	18
3	METODOLOGIA	21
3.1	Tipo de pesquisa	21
3.2	População e Amostra.....	21
3.2.1	Crítérios de inclusão e exclusão.....	21
3.3	Local e Período da Pesquisa.....	22
3.4	Instrumento de Coleta de Dados	22
3.5	Procedimentos de coleta de dados	23
3.6	Análise estatística.....	24
3.6	Aspectos Éticos.....	24
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1	Caracterização sociodemográficas de pacientes submetidos à hemodiálise.....	25
4.2	Distribuição dos hábitos sociais, patologias existentes e ocorrência de dor em pacientes submetidos à hemodiálise.....	27
4.3	Quadro de dor no Inventário Breve de Dor (IBD) em pacientes submetidos à hemodiálise.....	29
4.4	Estado emocional no Inventário de Depressão de Beck (IDB) em pacientes submetidos à hemodiálise.....	30
5	CONCLUSÃO	34
6	PERSPECTIVAS DO ESTUDO	35
	REFERÊNCIAS	36
	APÊNDICES	40
	APÊNDICE A: Termo de Compromisso do(s) Pesquisador(es).....	40
	APÊNDICE B: Termo de Compromisso Livre e Esclarecido.....	41
	APÊNDICE C: FICHA DE AVALIAÇÃO (FA).....	42
	ANEXOS	44

ANEXO I: Inventário de Depressão de Beck.....	44
ANEXO II: Inventário Breve da Dor.....	47
ANEXO III: Termo de Autorização Institucional.....	49
ANEXO IV: Formulário de parecer do CEP- UEPB.....	50

1 INTRODUÇÃO

Em pleno pós-modernismo onde a sociedade desenvolve-se a todo vapor, a humanidade não está preparada para mudanças em sua rotina diária. Entre várias doenças a Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma patologia grave, mesmo com a Terapia Renal Substitutiva (TRS), apresenta mortalidade superior a neoplasias como: câncer do colo do útero, colo/reto, próstata e mama (BARROS; SESSO, 2006).

O Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) verificou que o número de pacientes estimado em diálise foi de 87.044 (468 pacientes por milhão da população), com aumento de 18,3%, em 2008. A prevalência de pacientes em TRS (adicionando-se os transplantados) é de 518 por milhão de pessoas (pmp). Cerca de 25% dos pacientes em diálise tem idade superior a 65 anos (SESSO, 2008).

Martins (1996), revelou dados do Ministério da Saúde, onde cerca de 1,6 milhões de habitantes apresentaram algum grau de disfunção renal e 70% dessas pessoas não sabiam de sua doença. Da mesma forma, afirmou que, entre todas as especialidades médicas, a nefrologia, área especializada em prevenção e tratamento de doenças renais, é uma das que mais sofre com a falta de investimentos.

Indivíduos em todas as idades, produtivos e efetivos, se surpreendem com a necessidade de realizar tratamento o qual não tem sequer a noção de sua existência. Terra (2008), revelou em seu estudo sobre qualidade de vida (QV) em paciente renal crônico (realizado com 30 pacientes de hemodiálise) que a maioria dos entrevistados referiu que a hemodiálise (HD) interferiu em suas atividades profissionais e de lazer, e que a principal expectativa de vida dos pacientes é a realização do transplante renal, sendo que 82,3% estão na lista de espera e 47,0% se depararam com a recusa dos familiares em doar o órgão. Vale salientar que o transplante é só mais uma modalidade de tratamento com tempo de validade para o enxerto.

Estudos realizados por Sesso e Gordan (2007), mostraram que 90,7% dos pacientes em TRS fazem hemodiálise e 9,3% fazem diálise peritoneal. É evidente

que esses pacientes necessitam de uma equipe multidisciplinar a fim de prepará-los para os desafios que a própria patologia lhes reserva. Poucos profissionais atentam para o estado emocional e quinto sinal vital (dor) desses pacientes, os quais são dois fatores importantes no tocante à QV, estando inserido nela o desempenho das atividades de lazer, social, pessoal, sexual, profissional, funcionalidade e outras.

Pacientes submetidos à HD acreditam que, terão melhor qualidade de vida quando forem informados acerca de sua doença e tratamento; quando receberem sólido sistema de suporte e reabilitação e forem capazes de levar uma vida ativa produtiva e auto-suficiente. A fisioterapia atualmente, busca participar ativamente dessas conquistas, desvendando as particularidades dos pacientes que se submetem à diálise, cujo objetivo é contribuir para a QV, e conduzi-los para o equilíbrio funcional, de acordo com suas complicações (TERRA, 2008).

Com base na literatura observa-se a necessidade da realização dessa pesquisa. Portanto, o objetivo desse estudo visa investigar dados sociodemográficos, hábitos sociais, clínicos, patologias existentes, ocorrência de dor e estado emocional em portadores de DRC, submetidos a tratamento hemodialítico e futuramente poder apresentar uma proposta preventiva.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A Insuficiência Renal Crônica (IRC)

A IRC manifesta-se clinicamente de várias formas, variando de acordo com o componente do rim primariamente comprometido. Robins (1983), revelou que a IRC é o resultado final de uma variedade de doenças renais é considerada a maior causa de morte, com classificação em pré-renal, renal ou pós-renal, desencadeando alterações bioquímicas, que se dá pelo aumento dos níveis sanguíneos de nitrogênio uréico e creatinina nomeando-a de *azotemia*. O autor afirmou que essa azotemia associada a uma constelação de sinais e sintomas clínicos e anormalidades bioquímicas é chamada de *uremia*.

A síndrome urêmica, causada por retenção de produtos nitrogenados, é encontrada na insuficiência renal avançada e pode ser aliviada pela redução da ingesta protéica (menor produção de compostos nitrogenados) ou por diálise, indicando que a maioria das toxinas urêmicas é dialisável. Na uremia há duas classes de compostos nitrogenados que estão elevadas: os compostos de baixo peso molecular, (PM<300), como a uréia, a creatinina outras guanidinas, fenóis, outras aminas aromáticas e ácido úrico. Existe também uma classe de moléculas médias (PM entre 300 e 5.000). Estas moléculas médias urêmicas são constituídas por peptídeos e alguns carboidratos (TZAMALOUKAS; GARDNER, 1993, p.451-474).

2.2 Terapia Renal Substitutiva (TRS)

A TRS foi desenvolvida por volta da segunda guerra mundial, por *Dr. Willem Kolff*, responsável por um dos primeiros bancos de sangue da Europa. Sua tarefa era “trabalhar incansavelmente como internista-chefe num pequeno hospital em Kampen, na busca de uma solução para retirada das toxinas que ocasionavam a morte dos pacientes portadores de doença renal” (GOUVEIA, 2003, p.1).

O *The Times* (2009), publicou uma reportagem onde descrevia como o *Dr. Willem Kolff*, através de 45 milhões de revestimentos de salsicha, envolvendo um tambor de madeira embebido em solução salina, desenvolveu a primeira máquina de diálise onde o sangue era retirado de uma artéria e filtrado nos revestimentos de salsicha e devolvido ao corpo através de engate de bomba-água do motor de automóvel Ford®. Esse processo garantia a filtração de algumas toxinas como a uréia, mas não garantiu a vida por 15 vezes. Posteriormente aperfeiçoou seu invento utilizando latas de suco de laranja e uma máquina de lavar roupas, acrescentou um

tipo de substância para impedir a coagulação do sangue e por volta de 1945, devolveu a consciência a uma senhora que estava em coma por patologia renal, a qual viveu mais sete anos.

A partir dessa criação foi possível desenvolver as mais avançadas máquinas computadorizadas e responsáveis por segurança e tratamento sem embolias gasosas, e comodidade. A TRS pode ser encontrada na forma de diálise peritoneal (DP), atualmente, realizada nas seguintes formas: DP manual intermitente; DP intermitente automatizada; DP contínua ao domicílio; DP contínua assistida com um ciclador, outra modalidade é a hemodiálise, (HD) filtração do sangue através de acessos venosos, e o transplante renal.

A HD é um complexo processo de diálise/hemofiltração, onde é necessário máquinas e equipamentos específicos para exercer esse tratamento, ou seja, substituir algumas atividades renais, tendo em vista que essas já não são eficientes na manutenção da vida. Daugirdas e Stone (1991), revelaram que na HD, o processo de diálise acontece a partir de duas soluções “A e B” (as mais utilizadas), onde a “A” composta por solutos é alterada na presença da “B” através de uma membrana semipermeável presente no dializador. Este é um tubo com quatro aberturas, duas comunicam-se com um compartimento de sangue e duas com um compartimento do dialisado. Uma membrana semipermeável separa os dois compartimentos.

De um modo conceitual, podemos ver a membrana semipermeável como uma lamina perfurada por orifícios ou poros, as moléculas de água e os solutos de baixo peso molecular das soluções podem passar através dos poros da membrana e, portanto, misturarem-se, enquanto os solutos maiores (tais como as proteínas) não poderão passar através dessa membrana semipermeável e, assim, as quantidades de solutos de alto peso molecular existentes a cada lado da membrana permanecerão sem modificações (DAUGIRDAS; STONE, 1991, p.11).



Figura 1: Dializador para hemodiálise.
Fonte: Acervo do autor.

A HD se dá através de acessos venosos, centrais ou periféricos (cateter duplo-lúmen, fístula arteriovenosa), que precisam geralmente de dois acessos vasculares por vez (um venoso e outro arterial), um por onde se retira o sangue e o outro para devolução após passagem pelo dializador. Esse processo acontece de quatro a seis horas por sessão. Morsch e Vicari (2006), afirmaram que o processo da HD acontece quase que exclusivamente pela equipe de enfermagem, que passou a participar ativamente e a fazer parte da equipe multidisciplinar nos dias atuais. Esse tratamento, na maioria das vezes, realiza-se três vezes por semana, após a fase crítica inicial, é responsável por um cotidiano monótono e restrito, tornando as atividades dos portadores de insuficiência renal limitadas após o início do tratamento, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional (MARTINS et al 2005 apud SOARES, 2007).

Na presença do diagnóstico de insuficiência renal, o paciente costuma permanecer longo período de restrição da atividade física, e esta inatividade leva a um processo progressivo de descondicionamento que, posteriormente, limita a capacidade física. Somando-se com o quadro de desnutrição e implantação de nova dieta, sobrecarga cardiovascular pelo aumento na retenção hídrica, faz do DRC um universo desconhecido, o que justifica para a fisioterapia traçar condutas capazes de atenuar as alterações (MOREIRA et al 1998, apud SOARES 2007).

2.3 A dor e a depressão no doente renal

A dor é definida por Konrad et al (2007), como mecanismo, de alerta, para defesa, identificando o agente agressor e conduzindo-o a restauração de sua integridade. Da mesma forma, apresenta a definição por parte de Associação Internacional de Estudo da Dor como, uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou descrita em termos de lesão tecidual real ou potencial de natureza subjetiva. Segundo Smeltzer et al. (2009), passou a ser classificada como o quinto sinal vital pela *American Pain Society* em 2003, isso para que os profissionais da saúde se conscientizem quanto ao tratamento efetivo da dor. Da mesma forma revelaram que a documentação da avaliação da dor é tão proeminente quanto à documentação dos sinais vitais, sugerindo que o quinto sinal vital seja automaticamente identificado como a pressão arterial ou outro, e tratado de forma apropriada.

Neves et al. (2006), dissertam sobre a osteodistrofia renal (OR) um termo genérico que engloba complicações osteoarticulares de sintomatologia ampla, desde dores à deformidades ósseas e incapacidades. A OR eleva a morbidade dos DRC e está ligada ao hiperparatireoidismo secundário (HPT2), presente em 50% dos doentes renais em diálise. Cujas etiopatogenias são complexas envolvendo hipocalcemia, retenção do fósforo, diminuição dos níveis séricos de calcitriol e resistência esquelética ao paratormônio. A sintomatologia surge logo após o início da diálise e está relacionada com o tempo da doença renal. Onde 20% desses pacientes apresentam dores ósseas difusas, progressivas na coluna, joelho, tornozelo, coxa, punho, e mãos.

A percepção da dor, para Denegar e Donley (2004), é a resposta a experiências dolorosas que pode sofrer influência de fatores cognitivos como ansiedade e depressão, experiências de dores passadas e influências culturais. Vários processos mentais modulam a percepção, por meios de sistemas descendentes ou situações como agressão, raiva, felicidade, hipnose. Pacientes com dores crônicas podem ficar deprimidos apresentando perda do condicionamento físico, hipoatividade, sono excessivo, inapetência, diminuição do desejo de trabalhar, exercitar-se e apetite sexual, “assim como a dor pode ser inibida pela modulação central, ela pode também advir das origens centrais. Fobias, medo,

depressão, raiva, angústia e hostilidade são capazes de produzir dor na ausência do processo patológico local” (DENEGAR; DONLEY, 2004, p. 55).

A depressão para Smeltzer et al. (2009), é uma resposta comum para indivíduos com problemas de saúde como lesões ou doenças. Pacientes com alterações clínicas apresentam um quadro de humor deprimido, desinteresse por atividades agradáveis por longo período de tempo e retardo psicomotor como sintomatologia. Canineu (2007), revelou que a depressão é condição psiquiátrica com sintomatologia psicológica, comportamental e física, porém “a ciência percebe na depressão quase somente os sintomas emocionais, e não leva em conta os sintomas físicos”, nos idosos a perda de energia, insônia, dificuldade de concentração, inapetência e retardo psicomotor são os sintomas físicos mais presentes, e ao longo de seu estudo apresenta uma série de artigos que revelam a dor como único e importante preditor da depressão para idosos (VIEIRA, 2004; CANINEU, 2007). Já para Espinosa (2004, p.76) os transtornos somáticos mascaram o verdadeiro quadro patológico da depressão que passa despercebida.

Revisando a literatura Almeida (2003), aponta a depressão como uma influência negativa no modo pelo qual o indivíduo avalia a si mesmo e as situações da vida. Da mesma forma, revela que a saúde mental desses pacientes é um aspecto do tratamento negligenciado, e que estudos têm apontado para um importante papel dos transtornos mentais, na incapacitação, suicídio, não adesão aos tratamentos, e mortalidade por causas naturais. Thomas e Alchieri (2005), correlacionaram a depressão ao impacto do diagnóstico e do tratamento dialítico onde pode levar o paciente renal crônico a um progressivo e intenso desgaste emocional devido à necessidade de submeter-se a um tratamento longo que ocasiona limitação física e diminuição da vida social.

Diferentes sentimentos desde a alegria e a tristeza fazem parte da alternância das respostas emocionais que são associados às situações do mundo e sabe-se que a maioria das pessoas que passa por episódios desagradáveis reage com tristeza ou humor depressivo, quando se defrontam com situações que, devido à gravidade e duração, são maiores do que sua capacidade de adaptação. É esperado por parte do indivíduo que apresente manifestações depressivas a uma crise vital, como o aparecimento de doenças incapacitantes por serem provenientes do desenvolvimento de períodos de adaptação. Da mesma forma em pacientes com IRC, entende-se que suas reações imediatas ao processo terapêutico são uma forma de resposta adaptativa frente a estes sentimentos de insegurança e perdas. (TOMAS; ALCHIERI, 2005, 57-64).

Não foram encontrados estudos que relacionaram o tempo de diálise com fases da depressão. Diniz (2006), relatou que a Organização Mundial De Saúde (OMS) estabeleceu como prioridade o direito dos seres humanos à saúde, conceitualizada como a integração física psíquica e social. Dessa maneira a prática médica deve estar ligada ao atendimento interdisciplinar para produzir mudanças na população. Revelou também que ao tomar conhecimento da irreversibilidade do quadro de IRC o doente pode passar por “estágios emocionais” classificados simultaneamente em etapas como: Negação; Revolta; Barganha; Depressão; e Aceitação. Sendo a 4ª etapa o período onde sua revolta e raiva cederão lugar para sentimento de grande perda e a 5ª etapa o DRC em sua fase terminal “contemplará seu fim próximo com um certo grau de tranquila expectativa”. Esse período leva o indivíduo a episódios de introspecção e horas de sonos constantes.

A dificuldade de estabelecer a real interdisciplinaridade num ambiente que se desenvolveu durante varias décadas apenas deixando a idéia de “doença terminal” reinar e simplesmente “deixar que o doente segure na nossa mão em um pedido velado de que fiquemos em silêncio” (Diniz, 2006, p. 589). Resta experimentar a interdisciplinaridade inserindo a fisioterapia e outros tantos profissionais na perspectiva de acompanhar esses doentes por mais tempo e quem sabe vê-los sucumbir de outras patologias que não estejam relacionadas à IRC.

3 METODOLÓGIA

3.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa compreendeu um estudo transversal e exploratório.

3.2 População e Amostra

A população foi composta de 132 pacientes que realizavam hemodiálise no Hospital Dr. Edgley, na cidade de Campina Grande-PB. Foram selecionados 40 indivíduos, através do método (aleatório) de amostra sistemática.

O método de amostra sistemática segundo Carvalho (200_) é aplicado através da fórmula " $k = N/n$ " onde:

K-> Variante (variando de acordo com população e amostra);

N -> é o tamanho da população;

n -> é o tamanho da amostra.

Sua utilização se dá da seguinte maneira:

Exemplo: Se temos como população 120 pacientes ($N=120$), e queremos selecionar 30 ($n=30$) $k=120/30= 4$, posteriormente escolheremos um numero entre 1 e 4 e somaremos ao ($k=4$), por exemplo: 3, então, teremos a amostra assim: $3+4=7$, $7+3=10$, $10+3=13$, $13+3=16$. Em seguida os pacientes deverão ser organizados em lista enumerada (7,10,13,16...) e constituírem a amostra a ser entrevistada.

Em seguida os pacientes foram organizados em lista enumerada (6,9,12,15...). Na pesquisa foram excluídos 5 pacientes mediante os critérios de exclusão e inclusão, os demais 35 indivíduos foram organizados na sequência da seleção e classificados sob número denominado Código do Sujeito da Pesquisa (CSP), tornando suas respostas sigilosas conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram inclusos na pesquisa pacientes submetidos à TRS na modalidade de HD (3 vezes por semana), ambos os sexos, alfabetizados ou não alfabetizados, dispostos a contribuir com as necessidades da pesquisa. Os pacientes deveriam ser capazes de visualizar, ouvir e entender o suficiente para responder as questões e assinar o termo de consentimento livre esclarecido.

Os critérios de exclusão do estudo corresponderam: ser portador de deficiência visual e/ou auditiva grave não corrigida, distúrbio cognitivo e/ou doenças mentais que impedisse o entendimento e execução dos procedimentos, outros idioma materno que não o português; recusar-se a participar do estudo e/ou a assinar o TCLE.

3.3 Local e Período da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no setor de hemodiálise do Instituto de Tisiologia da Paraíba - Hospital Dr. Edgley na cidade de Campina Grande na Paraíba-Brasil, e os dados foram colhidos no período de Agosto a Setembro de 2010, mediante o Termo de Autorização Institucional (Anexo III).

3.4 Instrumentos de Coleta dos Dados

Foram utilizados para coleta dos dados três instrumentos: Ficha de Avaliação (FA) (Apêndice C), Inventário de Depressão de Beck (IDB) (Anexo I) e Inventário Breve da Dor (IBD) (Anexo II).

Para se conhecer algumas características dos pacientes, foi elaborada uma FA que contemplasse os dados sócio demográficos; clínicos, hábitos sociais e patologias existente, identificando perfil sociodemográfico e clínico.

O inventário de depressão de Beck, (IDB) desenvolvido por Beck em 1961, considerado importante instrumento na triagem do estado emocional em todo

mundo. Gorestein e Andrade (1998), consideram uma medida de auto avaliação da depressão amplamente usada tanto em pesquisas como em clínicas:

Consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido (GORESTEIN; ANDRADE, 1998,p.01).

O IDB apresenta varias formas de interpretar os dados, dentre elas, duas formas de cortes são mais utilizadas:

a) O “corte 1” (0-9= Sem Depressão Ou Depressão Mínima; 10-18= Depressão Leve ou Moderada; 19-29= Depressão de Moderada a Grave; 30-63= Depressão Grave) que deve ser utilizado quando há diagnóstico médico de depressão, classificando o paciente de acordo com o seu escore final;

b) O “corte 2” (15-20 = Disforia; 21> = Depressão) que pode ser utilizado em indivíduos sem diagnóstico de depressão, como foi utilizado por Gorestein e Andrade (1998) em estudantes universitários, quando elas validaram o IDB para o português.

Segundo Ferreira (2008), o Inventário Breve de Dor (IBD) é um instrumento validado para língua portuguesa e consiste em 15 itens subdivididos em: intensidade da dor; e interferência da dor em aspectos da vida (Anexo II) como nas atividades em geral; no humor; na habilidade para caminhar; no sono; no trabalho; nos relacionamentos e no aproveitamento da vida. Em cada questão repete-se uma escala de 0-10 solicitando ao entrevistado que registre qual a intensidade da dor sentida, em cada momento dado pelo questionário e/ou qual a interferência dessa dor nos hábitos de vida diário.

3.5 Procedimentos de coleta de dados

A pesquisa, foi realizada nas seguintes etapas: primeiro, foi aplicada a FA, seguida do IDB e IBD (ver pag. 15; 16). Os questionários foram aplicados nos períodos pré e/ou trans diálise de acordo com a disponibilidade do paciente.

Nesta pesquisa os dados do IDB foram tratados de acordo com o corte 2, levando-se em consideração o fato de não possuir o diagnóstico médico.

3.6 Análise estatística

Os dados foram tabulados e armazenados no programa software Excel® 2007, onde foram organizados em tabelas e/ou gráficos, através da estatística descritiva simples e os valores foram expressos em média, desvio padrão da média e porcentagem.

3.7 Aspectos éticos

Este estudo foi submetido ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB (Anexo IV) sob o número: 0228.0.133.000-10, e solicitado autorização da coordenadora do setor de hemodiálise e do diretor (Anexo III) do Instituto de Tisiologia da Paraíba - Hospital Dr. Edgley.

Conforme as diretrizes da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1987. Mediante essas autorizações, os pacientes foram informados sobre o objetivo da pesquisa na intenção de obter o consentimento individual e por escrito, através da assinatura do TCLE (Apêndice B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização sociodemográfica de pacientes submetidos à hemodiálise

A tabela 1 revela que o sexo masculino constituiu 60,0% da amostra. Quanto ao estado civil, 45,7% responderam que eram casados e 31,4% solteiros. Relacionado às faixas de idade, verificou-se que 17,1% se encontraram entre 21-40 anos; 54,2% entre 41- 60 anos, e 28,5% acima de 60 anos. Segundo Sesso (2008), em seu *relatório do Censo Brasileiro de Diálise*, 57% dos pacientes eram do sexo masculino e o percentual de pacientes em diálise com idade entre 20 e 39 anos, foi de 18,4%, entre 40 e 59 de 43,7% e >60 foi de 36,3%. Portanto, os dados, quando comparados, apresentam leve diferença, porém, há predominância na faixa de idade entre 41 e 60 anos e do sexo masculino, em ambas as pesquisas.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, 71,4% apresentaram escolaridade igual ou inferior ao nível fundamental, esses dados corroboram com Barbosa et al. (2007), em seu estudo sobre preditores para qualidade de vida em pacientes com DRC em HD, onde 81,6% da sua amostra apresentava baixo nível sócio cultural, chegando a estudar, no máximo, 4 anos. Este fator pode influenciar de forma negativa no nível de compreensão e adesão a orientações e tratamentos fornecidos aos DRC.

O tempo de diálise foi dividido em 3 faixas etárias: de 0-3 anos, 57,1%; 3,1-6 anos, 25,7% e 6,1 anos em diante 17,1%, é possível observar que há um declínio percentual evidente do número de indivíduos em relação às faixas de tempo, quanto maior o tempo de diálise (em anos) menor o número de sujeitos. Isso pode estar relacionado aos fatores de riscos para mortalidade associados à DRC como: idade avançada, presença de diabetes e número de co-morbidades associadas, os quais, segundo Sesso e Gordan (2008), são fatores relevantes.

Tabela 1: Características Sócio-Demográficas de pacientes submetidos à hemodiálise.

VARIÁVEIS		% (n)*
Sexo	Masculino	60,0 (21)
Idade (anos)	21-40	17,1 (6)
	41-60	54,2 (19)
	>61	28,5 (10)
Nível de escolaridade	Alfab./Não Alfab.	31,4 (11)
	Fund.inc./comp.	40,0 (14)
	Médio .inc./comp.	11,4 (04)
	Sup. inc./comp.	17,1 (06)
Estado civil	Solteiro (a)	31,4 (11)
	Casado (a)	45,7 (16)
	outros	22,9 (08)
Tempo de HD (anos)	0-3	57,1 (20)
	3,1-6	25,7 (09)
	>6,1	17,1 (06)
Fonte de renda	Benefício	97,1 (34)
	Dependente	2,8 (01)
Desempregado devido HD	Sim	80,0 (28)
Profissão	Do lar	14,2 (05)
	Agricultor (a)	31,4 (11)
	Outras	54,2 (19)
Ocupação atual	Sem ocupação	51,4 (18)
	Do lar	20,0 (07)
	Outras	28,6 (10)

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

*(n=35).

No que se refere à fonte de renda, 97,1% recebiam benefício próprio para o DRC. No tocante à profissão, foram identificados: agricultor - 31,4%; do lar com, 14,2%; e outras - 54,2%. Quando interrogados quanto à ocupação atual, 51,4% relataram que encontravam-se sem ocupação, alguns por não encontrar empregos com horários que se adequassem ao tratamento, outros por não terem “força para trabalhar”; 20% eram do lar, mas, só conseguiam realizar as atividades parcialmente e num ritmo reduzido, nos dias que precediam o dia da diálise, pois o retorno da HD as deixavam exaustas (SIC).

Pesquisa realizada por Carreira e Marcon (2003), no tocante a avaliação das concepções sobre cotidiano e trabalho, portadores de IRC e seus familiares, relatam que a atividade laboral é determinante no equilíbrio psicológico do ser humano, mantendo-o solidamente vinculado à realidade, revelando a relação complexa entre o indivíduo e o trabalho, constituindo, fator norteador da vida, implicando diretamente nas condições fisiológicas, psíquicas, mentais e sociais do indivíduo.

Apontaram que a doença e o tratamento para o DRC trazem uma série de alterações para os mesmos, como: dependência da família, influência na capacidade de ir e vir e falta de liberdade.

4.2 Distribuição dos hábitos sociais, patologias existentes e ocorrência de dor em pacientes submetidos à hemodiálise

No que diz respeito à identificação dos hábitos sociais e patologias existentes nos pacientes em HD observou-se que: 11,4% são tabagistas, 8,5% etilistas, 71,4% não praticam atividade física e 54,2% (n=19) não realizam nenhum tipo (Tabela 2) de lazer. Para Medeiros et al. (2002), os fatores que contribuem para o baixo condicionamento nos renais crônicos em HD são: anemia, Doença Cardíaca (DC), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Neuropatia Urêmica, fadiga, depressão e dor nos membros inferiores. Esses levam a postura sedentária, e queda da capacidade funcional, limitando cada vez mais o DRC ao ambiente domiciliar e ao lazer. Outro fator limitante é o tempo de tratamento de 3 vezes por semana, durante 4h, impedindo que o doente se ausente da cidade para viagens e visita de amigos e parentes, o que também pode ser considerado lazer.

Grande parte, dos DRC, apresenta co-morbidades associadas à IRC. Nesta pesquisa as patologias relatadas pelos pacientes foram HAS 97,14% (n=34); DC 28,6% (n=10); DM 11,4% e DP 8,5%; onde apenas um paciente afirmou não ter qualquer patologia associada a IRC. Segundo Sesso e Gordan (2007), a prevalência da HAS na população adulta é maior que 25%, com grande potencial para que nos próximos anos continue a ser causa importante de DRC.

Foi identificado que em janeiro de 2006, houve 17.718 (25%) pacientes diabéticos em diálise no Brasil, Nos EUA, mais de 40% dos pacientes que iniciam diálise tem nefropatia diabética e vários deles morrem de outras causas antes de atingirem a DRC (SESSO e GORDAN, 2007). A DC, além da HAS, em muitos, se desenvolvem a partir do volume hídrico ingerido e não eliminado devido oligúria ou anúria, o coração necessita de mais força para o aumento da demanda levando a complicações cardíacas e pulmonares.

Tabela 2: Identificação dos hábitos sociais e patologias existentes em pacientes submetidos à hemodiálise.

HÁBITOS SOCIAIS E PATOLOGIAS		% (n)**
Tabagismo	Sim	11,43 (04)
Etilismo	Sim	8,57 (03)
Atividade Física	Não	71,43 (25)
Momentos de Lazer	Não	54,29 (19)
Patologias Existentes	HAS*	97,14 (34)
	DM*	11,43 (04)
	DP*	8,57 (03)
	DC*	28,6 (10)

*Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Diabetes Mellitus (DM); Doença Cardíaca (DC); Doença Pulmonar (DP).

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

** (n=35)

Outro dado verificado nesse estudo foi a ocorrência e duração da dor. Conforme descrito na tabela (3), foi observado que 68,5% dos pacientes revelaram sentir algum tipo de dor constante, sendo 48,5% há mais de 6 meses; 8,5% entre 1-3 meses e 11,4% há menos de um mês. No estudo de Kusumota (2005), sobre qualidade de vida relacionada à saúde de 194 pacientes em hemodiálise, dentre as principais complicações físicas relacionadas à hemodiálise, a cãibra foi mencionada em 71,1% e a dor em 54,6%. Para Lima (2008), “a dor está no corpo, na mente, na história de vida, no cotidiano, no mundo da vida”, ou seja, é multidimensional. A dor aguda funciona como alerta e surge com a lesão tecidual em potencial e geralmente desaparece com a resolução do processo. Teixeira et al. (2003) apud Lima (2008), relataram que a dor é considerada crônica quando ultrapassa seis meses ou permanece após a cura da lesão.

Tabela 3: Perfil da ocorrência e duração da dor em pacientes submetidos a hemodiálise.

DOR		% (n)**
Apresenta dor	Sim	68,57 (24)*
Tempo da dor (mês)	<1	11,43 (04)
	1>3	8,57 (03)
	>6	48,57 (17)

*Pacientes que referiram dor nas últimas semanas ou meses.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

** (n=35)

Estudo realizado por Vieira (2005), sobre manifestações musculoesqueléticas em pacientes submetidos à hemodiálise, revelou que mais de 70% dos pacientes

relataram artralgia cuja prevalência e sintomatologia aumenta com a duração do tempo de tratamento. As principais manifestações são ombro doloroso, síndrome do túnel do carpo, dedo em gatilho, artrite induzida por cristais, necrose avascular, artrite séptica, fraqueza muscular e câibras musculares.

4.3 Quadro de dor no Inventário Breve de Dor (IBD) em pacientes submetidos à hemodiálise

A média de dor relatada pelos pacientes que mais se destacou foi “à pior dor sentida nas últimas 24 horas” com valores de $5,9 \pm 2,2$. Essa dor apresentou-se ainda elevada quando foi perguntado a percepção do doente quanto à “média da dor sentida” com $4,4 \pm 1,7$ no mesmo tempo transcorrido.

Tabela 4: Perfil de dor no Inventário Breve da Dor (IBD), em pacientes submetidos a hemodiálise.

QUESTÕES	MÉDIA	±	DESVIO PADRÃO
*3)Pior dor nas 24h	5,9	±	2,2
4)Dor mais fraca nas 24h	2,7	±	2,2
5)Média da dor nas 24h	4,4	±	1,7
6)Quanta dor sente agora	2,5	±	2,8
9) Quanto interferiu a dor na sua:			
a) Atividade geral	3,6	±	3,9
b) Humor	2,3	±	3,2
c) Habilidade de caminhar	4,5	±	3,3
d) Trabalho	4,7	±	4,0
e) Relacionamento com outras pessoas	0,8	±	1,9
f) Sono	3,0	±	3,3
g) Habilidades de apreciar a vida	2,2	±	3,2

*As questões estão enumeradas conforme questionário de origem.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

(n=21)

O IBD investiga de forma abrangente o quanto a dor interferiu em algumas situações do dia a dia do indivíduo (tabela 4). Na questão 9, o item “d” que refere-se ao trabalho, foi o que mais se destacou, com $4,7 \pm 4,0$ esse valor se aproxima da média da questão 3. Observou-se que esse é um dos principais fatores que pode interferir na pouca atividade laboral, ficando em segundo lugar a interferência da dor na “habilidade de caminhar” ($4,5 \pm 3,3$). Na “atividade geral”, observou-se que a interferência da dor nos pacientes em HD apresentou média de $3,6 \pm 3,9$, uma

manifestação considerável para indivíduos que apresentam tantas limitações. Ferreira (2009), numa caracterização da dor (através do IBD) em mulheres com câncer de mama pós-tratamento apresentou no quesito “trabalho” resultado ainda inferiores ($4,5 \pm 3,5$) aos revelados nesta pesquisa, nos dando uma noção da realidade do DRC.

O sono é o momento onde qualquer indivíduo repõe suas energias e organiza todas as informações colhidas ao longo do dia, preparando-se física e mentalmente para o novo amanhecer. A pesquisa mostrou que a dor interferiu numa escala de 0-10 em média $3,0 \pm 3,3$ podendo esse ser um dos fatores que influencia no tocante a disforia e/ou depressão que será discutido a seguir. Assim, a dor pode levar a hipomobilidade e inatividade, somando-se aos sentimentos negativos proporcionados pela depressão, fazendo com que o indivíduo que necessita do tratamento construa uma atmosfera de sofrimento ligada a sua rotina diária (o tratamento hemodialítico). Este pode trazer além de momentos de indisposição, diminuição do interesse sexual, distanciamento de sua labuta diária e internações hospitalares recorrentes. Para inibir a dor, alguns pacientes ($n=16$) fazem uso de analgésicos como dipirona, paracetamol, voltarem, dorflex, arcóxia ou massagens.

4.4 Estado emocional no Inventário de Depressão de Beck (IDB) em pacientes submetidos à hemodiálise

Conforme a tabela 5, 17,1% dos indivíduos entrevistados apresentaram disforia, este é um ponto de corte pouco discutido na literatura correlacionando-se a qualquer patologia, inclusive a IRC.

Disforia é uma mudança momentânea do estado de ânimo, interpretado como mal estar psíquico ligado a sentimentos depressivos de melancolia, pessimismo e/ou sentimentos de angústia, mau humor, pena e tristeza. Dalgarrondo (2000) apud Gioia-Martins (2009), “define disforia como uma distímia que se acompanha de uma tonalidade afetiva desagradável, mal humorada. Por distímia entende-se a alteração básica de humor, que pode ser exaltada (mania) ou inibida (depressão)”. Moura Júnior et al, (2006), em estudo realizado com 244 pacientes de hemodiálise, onde constatado-se acometimento por distímia em 17,6% o que corrobora com os dados desta pesquisa se compararmos a disforia.

Tabela 5: Estado emocional no Inventário de Depressão de Beck (IDB) em pacientes submetidos à hemodiálise.

DISTRIBUIÇÃO DOS ESCORES	SEM					
	DISFORIA ou DEPRESSÃO (0-14)		DISFORIA (15-20)		DEPRESSÃO (>21)	
	%	n	%	n	%	n
Número de sujeitos	34,2	12	17,1	06	48,5	17

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.
(n=35)

A depressão apresentou-se de forma predominante nesta pesquisa, acometendo 48,5% da amostra (Tabela 5), o que corrobora com estudo de Lima (2007), que utilizou o IDB em pacientes que realizaram diálise peritoneal e verificou que 56% dos pacientes apresentavam depressão. Pesquisa realizada por Moura Júnior et al. (2008), revelaram elevado índice de risco de suicídio, conseqüente a depressão e aumento da mortalidade entre os DRC. Observaram também que diante da visão do doente em relação ao seu prognóstico, há um aumento da descontinuidade no tratamento, o que contribui para complicações e óbito.

A depressão na hemodiálise é um tema discutido nas entrelinhas das pesquisas, tendo em vista que o foco das discussões gira em torno da qualidade de vida. Neste ponto a depressão é um dos maiores agressores, dentre os transtornos psicológicos, ao DRC.

Pesquisas avaliam a qualidade de vida do DRC e fazem apenas menção à depressão, a qual está ligada diretamente ao desempenho do indivíduo podendo conduzi-lo a transtornos cognitivos irreversíveis e distúrbios da funcionalidade, levando-o a situações de hipoatividade e negligência, minando assim a idéia de qualidade de vida. Almeida (2003), afirmou que diversos estudos longitudinais revelaram relação direta entre depressão e incapacidade, a tal ponto que a piora ou melhora na depressão, leva também, ao mesmo resultado respectivamente na capacidade funcional do indivíduo.

Algumas questões do IDB se destacaram de acordo com a elevada pontuação que se repete na maioria dos questionários desta pesquisa: no domínio somático, foram a questão (6) que fala de punição; a questão (8), que fala de auto depreciação e a questão (11), que se refere à irritabilidade. Já no domínio cognitivo

afetivo, a questão (16) que fala sobre sono, liderou o “ranking” dentre todas as questões, incluindo as do domínio somático, a maioria dos pacientes referiram interferência na qualidade do sono chegando a acordar várias vezes durante a noite e não conseguir voltar a dormir; as questões (17, 20 e 21) apresentaram empate ficando em segundo lugar no domínio cognitivo afetivo; falavam de estar cansado para fazer qualquer coisa; estar preocupado com problemas físicos e de estar pouco interessado em sexo.

Diefenthaler e Saitovitch (2000), avaliaram a associação entre depressão e óbito de pacientes em hemodiálise. Através do IDB, avaliou 40 pacientes e dividiu em dois grupos, um com escore abaixo de 14 pontos e o outro com escore acima disso, por 2 anos, e constataram que 50% do grupo 2, foi a óbito em detrimento a 11% do grupo 1, levando-o a conclusão de que a depressão é um fator de risco independente para óbito de pacientes em hemodiálise. A etiologia e a fisiopatologia dos transtornos depressivos relacionados ao óbito, grande parte ainda é desconhecida, mas acredita-se que fatores genéticos, neuroendócrinos e ambientais participam da gênese das depressões.

Nos últimos anos em termos de tecnologia, os serviços de HD no Brasil tem adotados máquinas de diálise cada vez mais sofisticadas, cujo objetivo é promover segurança, hemofiltração eficaz, impedir acidentes e óbitos durante a terapia. Em outros tempos, as máquinas semi-automáticas, vitimavam os doentes, principalmente, por embolia gasosa. Geralmente as causas de óbito envolvem fatores de ordem psicológica, funcional e nutricional, o que revela a complexidade dos DRC e do serviço ofertado.

Décadas após o sucesso e desenvolvimento de sistemas avançados de tratamento de toxinas do sangue, que substitui a função dos rins, a nefrologia se depara com a necessidade de olhar o DRC por outro prisma, necessitando capacitar os profissionais, para melhoria da qualidade de vida de uma população crescente que espera algum dia, receber a oportunidade de não retornar aos salões de diálise, seja, pela fé ou pela capacidade de receber um novo rim, e retomar sua vida de outrora com o mesmo vigor e funcionalidade.

Apesar de o DRC ser considerado em fase terminal, muitos vivem mais que meia década em TRS. Essa pesquisa mostra indivíduos e variadas faixas etárias, o

que revela a necessidade de uma equipe multiprofissional, visando o aumento da expectativa de vida, duração do bem estar funcional e a manutenção de sua independência nas atividades diárias. Segundo Sesso et al (2008), há necessidade do uso racional dos recursos econômicos a essa terapêutica de alto custo e ajudar a identificar intervenções para serem implementadas visando a melhoria da sobrevida, redução dos riscos, controle de co-morbidades e melhora da qualidade de vida dos pacientes. Por tanto, faz-se necessário avaliar e tratar a depressão e dor nos doentes renais, podendo futuramente desenvolver estratégias de tratamento onde outros profissionais possam estar inseridos, contribuindo para o êxito desses pacientes, nas atividades do cotidiano.

5 CONCLUSÃO

Baseado na análise dos resultados, é possível concluir que:

- Os pacientes submetidos a HD são na maioria, do sexo masculino, com escolaridade igual ou inferior ao nível fundamental, onde mais da metade apresentaram idade entre 41 e 60 anos, e encontram-se nos primeiros 3 anos de tratamento, com fonte de renda em sua maioria através do benefício, a metade apresenta-se sem atividades laborais.
- Os pacientes em TRS apresentam hábitos sedentários, onde a metade não realiza atividades de lazer; a maioria não realiza atividade física, e apresentam dor constante, sendo a metade há mais de 6 meses, o que caracteriza dor crônica.
- A maioria dos pacientes submetidos à TRS apresentou dor nas últimas 24 horas (através do IBD), sendo este importante fator de interferência nas atividades gerais do dia a dia, principalmente na habilidade de caminhar; nas poucas atividades laborais; no sono e na habilidade de apreciar a vida.
- O DRC mostrou em sua minoria a existência da disforia e a metade apresentou depressão, através do IDB.

6. PERSPECTIVAS DO ESTUDO

Para o universo da pesquisa o número da amostra foi considerável. Porém, diante do número de serviços de hemodiálise que existem no Brasil, seria necessário pesquisas com mais sujeitos e em estudos longitudinais, dessa forma poderíamos perceber variações e identificar, se esta é a realidade de todos os serviços do Brasil.

Devem ser investigados e tratados, nos indivíduos que fazem hemodiálise não só a disforia, dor ou depressão, mas outros transtornos e síndromes que venham colocar em risco a funcionalidade e independência destes, tendo em vista, a poda inerente ao tratamento e suas limitações, e serem apoiados por profissionais geradores de atividades insentivadoras, que redirecionem esses pacientes a outros horizontes, que não o da dependência e morbimortalidade.

Por fim devem ser realizadas pesquisas onde se valorizem itens da qualidade de vida, de modo, que se possa chegar ao alvo das intervenções específicas a este grupo de pacientes. Para que, de outra forma, seja possível ouvir falar do universo de coleções, que é a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Alexander Moreira de. Revisão: A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 2003, v.25.n.4. p.209-14.
- BARBOSA, Luciana Mendonça Moraes; ANDRADE JÚNIOR, Manoel Pacheco de; BASTOS, Kleyton de Andrade. Preditores de Qualidade de Vida em Pacientes com Doença Renal Crônica em Hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, V.29. n.4, Dez. 2007. p. 222-229.
- CANINEU, Paulo Renato. Depressão no idoso. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Tratado de gerontologia**. 2.ed. São Paulo: Ateneu, 2007. p. 293-300.
- CARREIRA, Ligia; Marcon, Sonia Silva. Cotidiano e trabalho: Concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.11. n.6. Nov.Dez. 2003, p.823-31.
- CARVALHO, Antônio José Araújo de. **Estatística aplicada: tópicos**. Apostila da disciplina de estatística aplicada. Centro de ciências tecnológicas. UEPB. 200__.
- DAUGIRDAS, J.T; STONE, J. C. V. Princípios fisiológicos. in: DAUGIRDAS, John.T.; ING, Todd S. **manual de diálise**. Rio de Janeiro: Medsi, 1991. p. 11.
- DIEFENTHAELER, Edgar Chagas; SAITOVITCH, David. **Avaliação da associação entre depressão e óbito em pacientes em hemodiálise**. Porto Alegre, 2000.146 f. Dissertação (Mestrado em Nefrologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina.
- DENEGAR, C.R; DONLEY, P. B. mecanismos e tratamento da dor com modalidades fisioterapeutas. In: PRENTICE, W.E. **Modalidades Terapêuticas Para Fisioterapeutas**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- DINIZ, Denise Pará. Aspectos psicológicos envolvidos nos pacientes com patologias renais. In: BARROS, Elvino et al. **Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento**. ed. 3. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 587-595.
- ESPINOSA, Ana Fernández. **PSIQUIATRIA: guias práticos de enfermagem**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill interamericana do Brasil, 2004. p.76.
- FERREIRA, Karine Azevedo São Leão. **Dor e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer: influência da citocinas pró-inflamatórias TNF- α , IL6,IL8 e IL1 β** . São Paulo, 2008. 253 f. Tese (Doutorado em Saúde do Adulto) Setor Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- FERREIRA, Vânia Tie Koga. **Caracterização da dor em mulheres com câncer de mama pos-tratamento**. Ribeirão Preto, 2009. 86 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem em Saúde pública) Setor Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. p. 47.
- GIOIA-MARTINS, Dinorah Fernandes; MEDEIROS, Patrícia Carla da Silva e HAMZEH, Sandra Áurea. Avaliação psicológica de depressão em pacientes

internados em enfermaria de hospital geral. **Psicologia teoria e prática**. 2009, v.11, n.1, p. 128-141. ISSN 1516-3687.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista Psiquiátrica Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 4, set./out. 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/depre255b.htm>> acesso em 28 fev. 2010.

GOUVEIA, Walter. **Estórias da Nefrologia: Benefícios à Humanidade**. P.1, 2003. Disponível em: <<http://www.sonerj.org.br/Informativo/news03.htm>>. Acesso em: 07 fev. 2010.

KONRAD, Heinz; CORDEIRO, Sandra Maria; COELI, Medina. Dor, fisiopatologia e tratamento. In: LIANZA, Sergio. **Medicina de reabilitação: associação brasileira de medicina física e reabilitação...** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p.148.

KUSUMOTA, Luciana. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise**. Ribeirão preto, 2005. 150 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) Escola de Enfermagem de ribeirão preto, Universidade de São Paulo.

LIMA, Simone Aparecida de; FERNANDES Natália; SANTOS, Fabiane Rossi dos.; BASTOS, Marcus Gomes. Função Cognitiva e Depressão em Uma Coorte de Pacientes Submetidos a Diálise Peritoneal, Avaliada pelo Mini-mental (MEEM) e BDI – Devemos incluí-los na Memória. **Jornal Brasileiro Nefrologia**. V.29. n.4. Dez.2007 p.252-257.

LIMA, Mônica Angelim Gomes de; TRAD, Leny. Dor crônica: Objeto Insubordinado. **Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. v.15. n.1. Rio de Janeiro Jan./Mar. 2008.

MARTINS, Mariana. **IRC atinge mais de um milhão de brasileiros**. Site da Sociedade Brasileira de Nefrologia, 1996. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/Publico/midia/midia1.htm>> Acesso em: 27 Jan. 2010.

MEDEIROS, Regina Helena, PINENT, Carlos Eduardo da C., MEYER, Flávia. Aptidão física de indivíduo com doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 2002. p. 81-7.

MORSCH, Cássia; VICARI, Alessandra. Enfermagem na hemodiálise. In: BARROS, Elvino et al. **Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento**. ed. 3. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MOURA JUNIOR, José A.; SOUZA, Carlos A. Marcilio de; OLIVEIRA, Irismar Reis de e MIRANDA, Roberta Oliveira. Prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes em hemodiálise no estado da Bahia. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, [online] vol.55, n.3, 2006. p. 178-183. ISSN 0047-2085.

MOURA JUNIOR, José A. et al. Risco de suicídio em pacientes em hemodiálise: evolução e mortalidade em três anos. **Jornal brasileiro de psiquiatria** [online]. 2008, vol.57, n.1, p. 44-51. ISSN 0047-2085.

NEVES, C. L.; NEVES, K. R.; JORJETTI, V. Osteodistrofia Renal. In: CRUZ, J.; PRAXEDES, J.N.; CRUZ, H.M.M. (coord.) **Nefrologia**. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

ROBBINS, Stanley L; RAMZI S. Contran. **Patologia estrutural e funcional**. Rio de Janeiro: Interamericana,1983.

SESSO, Ricardo et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 30. n. 4, 2008. p. 233-238.

SESSO, Ricardo. Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil. In: BARROS, Elvino et al. **Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento**. ed. 3. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.39-46.

SESSO, Ricardo; GORDAN, Pedro. Dados Disponíveis Sobre a Doença Renal Crônica no Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia** V.XXIX. n1.S.1. Mar. 2007.

SMELTZER, S.C. et al. **Bruner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.1. 2009.

SOARES, Alexandra; ZEHETMEYER, Michele; RABUSKE, Marilene. Atuação da Fisioterapia durante a Hemodiálise Visando a Qualidade de Vida do Paciente Renal Crônico, Pelotas: **Revista de Saúde da UCPEL**: v.1, n.1, Jan/Jun. 2007.

STONE, John C. Van. Aparelho de Hemodiálise. in: DAUGIRDAS, John.T.; ING, Todd S. **Manual de Diálise**. Rio de Janeiro: Medsi, 1991. p. 21.

TERRA, Fábio de Souza. Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário. **Net**, Biblioteca Universia, set. 2008. Disponível em:<http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/33821668.html>. acesso em 27 fev. 2010.

THOMAS, Caroline Venzon e ALCHIERI, João Carlos. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. Avaliação Psicológica. **[online]**. 2005, vol.4, n.1, p. 57-64. ISSN 1677-0471.

TZAMALOUKAS, A. H.; GARDNER Jr, K. D. Insuficiência renal crônica. In: MANDAL, Anil K.; JENNETTE, J. Charles. **Doença renal e hipertensão: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 1993. p. 451-474.

WILLEM Kolff: Dutch doctor who made world's first artificial organs. **The Times**, New York, p.1, 15 fev. 2009. disponível em: <<http://www.thetimes.co.za/printedition/insight/article.aspx?id=939104>>. Acesso em 09 fev. 2010.

VIEIRA, Walber Pinto et al. Manifestações musculoesqueléticas em pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.45, n.6. 2005 Nov./Dez. p. 357-364.

VIEIRA, Eliane Brandão. **Manual de Gerontologia**: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p.96; p.216-217.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autora e orientando da pesquisa intitulada **“OCORRÊNCIA DO QUINTO SINAL VITAL E DEPRESSÃO NA AVALIAÇÃO DO DOENTE RENAL CRÔNICO DRC”** assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 93833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado, e a Resolução/UEPB/CONSEPE/10/2001 de 10/10/2001.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CCEP/UEPB (Conselho Central de Ética em Pesquisa/ Universidade Estadual da Paraíba), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CCEP/UEPB, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande-PB, ____ de _____ de ____.

Autora da Pesquisa

Orientando

APÊNDICE B

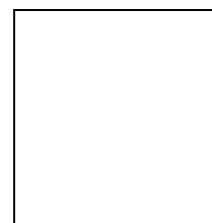
UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa **“OCORRÊNCIA DO QUINTO SINAL VITAL E DEPRESSÃO NA AVALIAÇÃO DO DOENTE RENAL CRÔNICO DRC”** sob responsabilidade da pesquisadora **Alecsandra Ferreira Tomaz** e do discente **Januário Sérvulo de Sousa Júnior**.

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informada pela pesquisadora, de que:

1. A pesquisa se justifica diante da relevância em identificar a ocorrência do quinto sinal vital e depressão no DRC no setor de hemodiálise.
2. Seu objetivo é verificar a ocorrência do quinto sinal vital e depressão no DRC no setor de hemodiálise.
3. Os dados serão coletados através do preenchimento de um formulário, utilizando para tanto os prontuários e as fichas de evolução dos pacientes.
4. Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento, sem risco de qualquer penalização.
5. Será garantido meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais.
6. Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone (83)8891 8687 (Januário S. de S. Júnior) ou 9921 2827 (Alecsandra Tomaz).
7. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com a pesquisadora.
8. Está pesquisa não apresentará nenhum risco, pois será realizada exclusivamente a partir de inventários validados, sendo preenchido pela orientanda da pesquisadora (Januário Sérvulo de Sousa Júnior) através de entrevista com o pacientes.

Campina Grande-PB, ____ de _____ de ____



(polegar do participante, se necessário)

Participante

Pesquisador

APÊNDICE C
FORMULÁRIO DE PESQUISA
FICHA DE AVALIAÇÃO (FA)

1. Dados sócio demográficos:

Código do Sujeito da Pesquisa(CSP) _____

Sexo: (F) (M) Instituição da Hemodiálise: _____

Cidade/UF: _____ Estado civil: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Ocupação atual: _____ Telefone p/ contato: _____

Idade: _____ DN: ____/____/____ Tempo de diálise: _____

Pressão Arterial: _____ Peso cheio: _____ Peso seco: _____

Está na lista de espera para transplante? () não () sim Há quanto tempo? _____;

Deixou de trabalhar devido à hemodiálise: sim(), não (); Obs: _____

2. Dados clínicos, farmacológico e laboratoriais:

Tipo de acesso venoso para hemodiálise: _____

Clearence de Creatinina Atual: _____ Hematócrito atual: _____

Faz uso de eritropoetina? () não () sim Quantas vezes por semana? (1)(2)(3vezes);

Faz uso de noripurum? () não () sim Quantas vezes por semana? (1)(2)(3 vezes);

Faz uso de Renagel (Fixador de Cálcio)? () não () sim Quantas vezes por semana? (1)(2)(3 vezes);

Você sente dor? sim() não(), A quanto tempo essa dor existe? Menos de um mês() entre um e três meses (), entre três e seis meses(), Mais de seis meses ();

3. Hábitos sociais: Sim(S), Não (N)

Tabagista S() N(), Etilista S() N(), Realiza atividade física S() N(), momentos de lazer S() N(), Usa outras drogas S()N();

4. Patologias existentes:

Cardiopatia (), Hipertensão (), Diabetes Mellitus (), Hipertireoidismo (),

Hepatite B(), Hepatite C (), Hipotireoidismo (), hipertensão pulmonar (), outras();

Obs: _____

ANEXO I

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

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

1. 0 Não me sinto triste.

- 1 Eu me sinto triste.
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

- 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- 2 Acho que nada tenho a esperar.
- 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.

- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

- 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.

- 1 Eu me sinto culpado às vezes.
- 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.

1 Acho que posso ser punido.

2 Creio que vou ser punido.

3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

1 Estou decepcionado comigo mesmo.

2 Estou enojado de mim.

3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.

1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.

2 Gostaria de me matar.

3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava.

2 Agora, choro o tempo todo.

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.

1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.

3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.

1 Adio minhas decisões mais do que costumava.

- 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3 Não consigo mais tomar decisões.

14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.

- 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
- 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
- 3 Considero-me feio.

15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.

- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.

- 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
- 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.

- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
- 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
- 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

- 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
- 2 Meu apetite está muito pior agora.
- 3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

- 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
- 2 Perdi mais de 5,0 Kg.
- 3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado por sexo que costumava.

2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse por sexo.

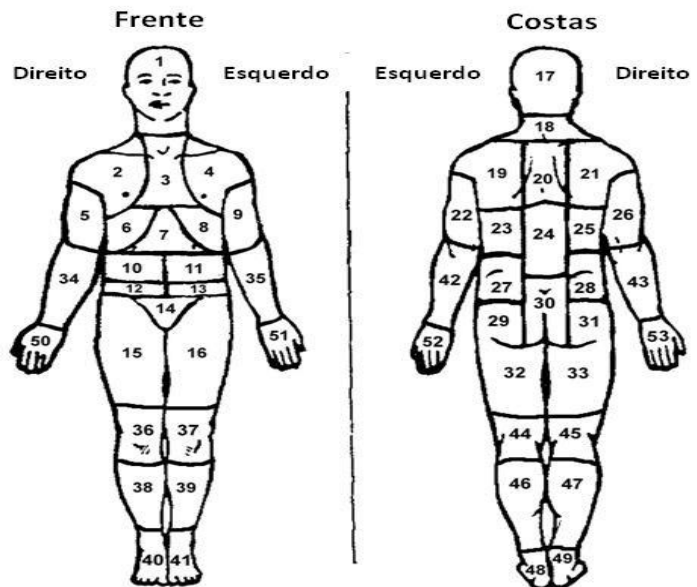
ANEXO II

INVENTÁRIO BREVE DE DOR

1) Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente, etc.). Você teve hoje, dor diferente dessas?

1.Sim () 2.Não ()

2) Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor, e onde a dor é mais intensa.



3) Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor - [O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] - Pior dor possível

4) Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 hs.

Sem dor - [O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] - Pior dor possível

5) Circule o número que melhor descreve a média da sua dor.

Sem dor - [O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] - Pior dor possível

6) Circule o número que mostra quanta dor você está sentindo agora (neste momento).

Sem dor - [O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] - Pior dor possível

7) Quais tratamentos ou medicações você está recebendo para dor?

Nome / Dose / Frequência / Data de início

8) Nas últimas 24 horas, qual a intensidade da melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações que você está usando?

[0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%]

Sem alívio

Alívio completo

9) Circule o número que melhor descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua:

Atividade geral

- [O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] -

Não interferiu

Interferiu completamente

Humor

- [O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] -

Não interferiu

Interferiu completamente

Habilidade de caminhar

- [O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] -

Não interferiu

Interferiu completamente

Trabalho

- [O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] -

Não interferiu

Interferiu completamente

Relacionamento com outras pessoas

- [O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] -

Não interferiu

Interferiu completamente

Sono

- [O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] -

Não interferiu

Interferiu completamente

Habilidade para apreciar a vida

- [O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] -

Não interferiu

Interferiu completamente

ANEXO III
UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
Departamento de fisioterapia

Instituto de Tisiologia e Pneumologia de
Campina Grande Ltda.

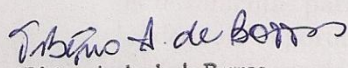
(Hospital Dr. Edgley)
CNPJ 08.852.998/0001-64
Rua: Fernandes Vieira, S/N - José Pinheiro
Fone: 83-3182-3500 – CEP 58104-180 - Campina Grande – Paraíba

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

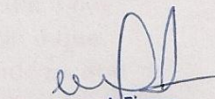
Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **“OCORRÊNCIA DO QUINTO SINAL VITAL E DEPRESSÃO NA AVALIAÇÃO DO DRC”**, desenvolvida pelo aluno JANUÁRIO SÉRVULO DE SOUSA JÚNIOR do Curso de FISIOTERAPIA da UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA, sob a orientação da professora ALECSANDRA FERREIRA TOMAZ.

Dada à relevância da proposta, permitimos a realização desta pesquisa.

Campina Grande, 05 de Julho de 2010.


Tibério Andrade de Barros
REG. CRA/PB Nº 1-3038

Tibério Andrade de Barros
(Representante do Hospital)


Maria Aparecida Firmino
NEFROLOGIA
CRM: 2452 PB

Maria Aparecida Firmino
(Diretora Técnica da hemodiálise)

ANEXO IV



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE N: 0228.0.133.000-10

Data da 1º entrega 21/06/2010-parecer em 30/06/2010-Pendente

Data da 2º entrega 05/07/2010-Parecer em 04/08/2010-Reavaliado e aprovado

PARECER

x APROVADO

PENDENTE

NÃO APROVADO

**TITULO: OCORRÊNCIA DO QUINTO SINAL VITAL E DEPRESSÃO NA AVALIAÇÃO DO DOENTE RENAL CRÔNICO (DRC)
PESQUISADOR: ALECSANDRA FERREIRA TOMAZ**

PARECER em 30/06/2010 - O projeto tem uma temática relevante, porém falta o Termo Institucional assinado com carimbo ou logomarca do estabelecimento onde será feita a pesquisa, estando PENDENTE.

PARECER em 04/08/2010: O projeto foi reavaliado após inclusão do Termo de Autorização Institucional concluindo que este atende aos requisitos deste Comitê de Ética em Pesquisa, mediante a Resolução 196/96 do CNS/MSE RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/010/2001, estando APROVADO.

Campina Grande, 04 de agosto de 2010. Relator: 09

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa