

**Qualidade de vida e ocorrência de sintomas depressivos em pacientes em hemodiálise**

**Quality of life and occurrence of depressive symptoms in hemodialysis patients**

**La calidad de vida y la aparición de los síntomas depresivos en pacientes en hemodiálisis**

Bárbara Angélica Bispo Fernandes do Nascimento<sup>1</sup>, Carla Coutinho da Silva<sup>1</sup>, Thyago da Costa Wanderley<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Discente do curso de bacharelado em enfermagem do Centro Universitário Tabosa de Almeida, Caruaru, PE, Brasil.

<sup>2</sup>Enfermeiro, Especialista em Saúde Mental, Mestre, Egresso, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba/UEPB. Campina Grande (PB), Brasil. Docente do Centro Universitário Tabosa de Almeida.

Autor correspondente: Bárbara Angélica Bispo Fernandes do Nascimento E-mail: barbarangelica.b@gmail.com

## Qualidade de vida e ocorrência de sintomas depressivos em pacientes em hemodiálise

### Resumo

**Objetivo:** investigar a qualidade de vida e a ocorrência de sintomas depressivos nos pacientes em hemodiálise. **Métodos:** Pesquisa quantitativa, descritiva, transversal, realizada em uma clínica nefrológica de uma cidade no interior Pernambucano. Coleta de dados realizada de janeiro a março de 2014, por meio dos instrumentos: *questionário sociodemográfico*, *Inventário de Depressão de Beck (IDB)* e o *KDQOL-SF*. **Resultados:** As dimensões específicas do KDQOL-SF que tiveram os menores escores foram sobrecarga da doença renal e papel profissional. Em relação às dimensões genéricas (SF-36), os escores mais baixos foram os relacionados a funcionamento físico, função física e saúde geral. Constatou-se que 56% dos pacientes não estão deprimidos, 26% possuem depressão leve ou moderada, 15% depressão moderada a severa e 3% depressão severa. **Conclusão:** O acompanhamento psicológico destes pacientes desde o início do tratamento é de suma importância para intervenções adequadas que auxiliem o paciente no autocuidado e a conviver com a doença.

**Descritores:** Enfermagem; Diálise Renal; Qualidade de vida.

### Introdução

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma doença progressiva e debilitante que resulta no desequilíbrio da homeostase do organismo. Até o início dos anos 1960, o óbito era regra para todos os pacientes que apresentavam este quadro, porém os avanços tecnológicos e terapêuticos trouxeram novas formas de tratamento que substituem as funções renais, como a hemodiálise. Atualmente, este é o tratamento dialítico mais utilizado e consiste na utilização de uma máquina que promove a filtração extracorpórea do sangue<sup>(1)</sup>.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a quantidade de pacientes mantidos em programas de diálise aumentou aproximadamente 60% entre 2004 e 2012. Este aumento é atribuído ao grande número de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes, que são as duas principais causas de IRC no Brasil. Estima-se que os custos com programas de diálise e transplante renal no Brasil, situam-se ao redor de 1,4 bilhões de reais ao ano<sup>(2)</sup>.

A IRC, bem como o tratamento dialítico, acarretam mudanças no estilo de vida do indivíduo ocasionando perdas biopsicossociais e interferindo em sua qualidade de vida (QV) que é definida pela OMS como “a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, do contexto de sua

cultura e no sistema de valores em que vive em relação as suas expectativas seus padrões e suas preocupações”. A qualidade de vida é um critério importante para avaliar a efetividade de tratamentos e intervenções, bem como promover transformações e recuperação da autonomia e o senso de utilidade desses indivíduos, que podem encontrar-se diminuídos devido ao desgaste emocional e a sensação de perda consequentes à mudança nos hábitos diários e o compromisso de submeter-se a um tratamento longo e extenuante<sup>(4)</sup>.

Dificuldades de ajustamento à diálise são mais proeminentes durante o primeiro ano após a iniciação do tratamento e é durante esse período que os transtornos depressivos costumam aparecer. Estima-se que a depressão é a complicação psiquiátrica mais comum ou das mais frequentes nessa população<sup>(5)</sup>. A depressão pode afetar o portador de IRC ocasionando uma diminuição na imunidade e nos cuidados pessoais, além de alterar a avaliação sobre sua própria doença e tratamento<sup>(4-5)</sup>.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo investigar a qualidade de vida e a ocorrência de sintomas depressivos nos pacientes em hemodiálise. O mesmo contribui na oferta de informações acerca da mudança na qualidade de vida e identificação de possíveis sinais de depressão em pacientes submetidos ao tratamento substitutivo renal, visando também fomentar discussões acerca de intervenções que foquem, não só no controle da patologia, mas também no suporte social e emocional, fator que afeta diretamente a saúde destes indivíduos.

## **Métodos**

Tratou-se de um estudo descritivo do tipo transversal, realizado em uma clínica nefrológica de Caruaru - PE, que atualmente conta com aproximadamente 420 pacientes, população do estudo, realizando uma média de 3.800 sessões de diálise por mês e 950 por semana. Possui uma equipe multiprofissional formada por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, técnico do tratamento de água, técnico de farmácia, nutricionista, psicólogo e assistente social. A amostra foi formada por pacientes atendidos neste serviço durante o período da coleta de dados, compreendido entre janeiro e março de 2014, e que se enquadraram nos critérios de inclusão do estudo: ter idade igual ou superior a 18 anos; estar em tratamento hemodialítico por três meses ou mais; ter condições físicas e mentais para responder de forma adequada à entrevista. Dos pacientes selecionados para a entrevista, 374, 52 recusaram-se a responder, 31 não tinham condições de responder, 7 eram menores de 18 anos e 35 faziam a diálise a menos de 3 meses. Dessa forma, a amostra foi constituída por 249 indivíduos.

Para a coleta dos dados foi utilizada a técnica de entrevista com a utilização de três instrumentos: *questionário sociodemográfico* abordando informações básicas pessoais e aspectos clínicos, o *Inventário de Depressão de Beck (IDB)*<sup>(3)</sup>, um questionário auto-aplicável que avalia a ocorrência de sintomas depressivos, composto por 21 questões, cada uma variando de 0 a 3 pontos, que são somados ao final da entrevista, utilizando os pontos fixos de corte recomendados pelo *Center for CognitiveTherapy*. <10: Sem sintomatologia ou sintomas mínimos. 10-18: Leve a moderado. 19-29: Moderado a grave. >30: Grave, e o *KDQOL-SF*<sup>(30)</sup>, que possui medidas genéricas que avaliam a qualidade de vida em pacientes com doença renal. Este instrumento possui 80 questões e 19 escalas, dentre as quais 8 correspondem ao SF-36 e 11 escalas direcionadas a saúde renal.

Os dados foram tabulados e analisados com programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 16.0. As variáveis quantitativas foram analisadas, primeiro quanto a sua adequação a distribuição normal, e quando satisfeitas estas condições será realizado teste t de student, não havendo distribuição normal empregar-se a MannWhitney e análise de regressão linear com coeficiente de Spearman. Para variáveis qualitativas foi utilizado Quiquadrado de Pearson ou Fisher (quando pertinente), adotando nível de significância de 95%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade ASCES com CAAE: 38921014.0.0000.5203. Foi solicitado aos participantes, após a realização da leitura, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Foram cumpridos todos os preceitos da Resolução 466/2012 que versam sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

## Resultados

As características sociodemográficas dos participantes do estudo e resultado do teste de associação estatística entre estas e a presença de sintomas depressivos nos pacientes em hemodiálise estão descritas na tabela 1. Foi possível observar associação estatística entre o tempo de tratamento hemodialítico e o desenvolvimento de sintomas depressivos (p valor = 0,040).

**Tabela 1** – Caracterização das variáveis sociodemográficas e resultado do teste de associação estatística entre estas e a presença de sintomas depressivos nos pacientes em hemodiálise (n = 249).

Variável	N	%	p valor
----------	---	---	---------

<b>Sexo</b>			0,498
Masculino	99	60,3	
Feminino	150	39,7	
<hr/>			
<b>Idade</b>			0,631
18-29	31	12,5	
30-39	26	10,5	
40-49	45	18	
50-59	65	26	
60-69	50	20	
70-79	26	10,5	
≥80	6	2,5	
<hr/>			
<b>Estado civil</b>			0,085
Casado	149	60	
Viúvo	80	32	
Solteiro	20	8	
<hr/>			
<b>Escolaridade</b>			0,062
Analfabeto	50	20	
Ensino Fundamental incompleto	142	57	
Ensino Fundamental completo	9	4	

Ensino médio incompleto	15	6	
Ensino médio completo	21	8	
Ensino superior completo	3	1	
Ensino superior incompleto	9	4	
<b>Trabalha</b>			0,123
Sim	11	5	
Não	238	95	
<b>Tempo de tratamento</b>			0,040
Menos de 1 ano	60	24	
1 a 3 anos	97	39	
4 a 6 anos	55	22	
≥ 7 anos	37	15	
<b>Comorbidades</b>			0,159
Doença renal policística	5	2,3	
Hipertensão	78	37	
ITU	1	0,5	
Diabetes	7	3,3	
Outras	18	8,5	
Doença renal policística, hipertensão e diabetes	2	1	
Hipertensão, diabetes e outras	27	12,7	

Hipertensão e Diabetes	46	21,7
Hipertensão e outras	23	11
Diabetes e outras	3	1
Doença renal policística e outras	1	0,5
Doença renal policística e hipertensão	1	0,5

No que diz respeito à análise da ocorrência de sintomas depressivos através do Inventário de Depressão de Beck, 56% pacientes apresentaram score menor que 10, ou seja, não apresentam sintomas preditivos de depressão, 26% apresentaram score entre 10 e 18, possuindo sintomas preditivos de depressão leve ou moderada, 15% apresentaram score entre 19 e 29, ou seja, sintomas preditivos de depressão moderada a severa, e 3% apresentaram score maior que 30, com sintomas preditivos de depressão severa.

Por fim, foi avaliado, por meio do instrumento Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL – SF), a qualidade de vida dos participantes deste estudo. As médias de cada uma das 20 subescalas deste instrumento podem ser observadas na Tabela 2. As dimensões com os valores obtidos abaixo de 50%, ponto de corte determinado pelos pesquisadores, foram, em relação ao SF-36: funcionamento físico, função física e vitalidade, com 43,86, 24,20 e 47,89, respectivamente. No entanto as dimensões Função social (78,51), Dor (73,58) apresentam-se mais elevadas. Quanto às dimensões específicas sobre a doença renal as que apresentaram-se mais comprometidas foram a de sobrecarga da doença renal (46,64) e Papel profissional (13,05), e a maior a Função cognitiva com 91,78.

**Tabela 2** - Média, mediana e desvio-padrão dos escores obtidos através do instrumento Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL – SF) (n = 249).

Dimensão	Média	Mediana	Desvio-padrão
<b>Específicas</b>			

Lista de sintomas/problemas	81,61	83,33	15,25
Efeitos da doença renal	79,74	81,25	17,19
Sobrecarga da doença renal	46,64	50,00	24,68
Papel profissional	13,05	0,00	27,32
Função cognitiva	91,78	100,00	15,02
Qualidade da interação social	85,06	93,33	20,10
Função sexual	89,40	100,00	23,52
Sono	71,59	77,50	24,95
Suporte social	81,46	100,00	31,20
Estímulo da equipe de diálise	66,27	75,00	26,43
Satisfação do paciente	56,02	50,00	15,75
CDRS	57,87	50,00	21,83

---

**Genéricas (SF-36)**

Funcionamento físico	43,86	35,00	31,42
Função física	24,20	0,00	30,77
Dor	73,58	80,00	28,73
Saúde geral	47,89	50,00	21,30
Bem-estar emocional	68,32	76,00	25,59
Função emocional	67,87	100,00	40,97



Função social	78,51	87,50	23,74
Energia/fadiga	54,38	50,00	24,87

---

## Discussão

Analisando os dados obtidos no presente estudo, realizado com pacientes em terapia de substituição renal, observou-se que 60,3% dos participantes eram do sexo masculino, corroborando com o estudo desenvolvido por Almeida et al<sup>(6)</sup>, em que houve um predomínio deste sexo com 50,32% e o estudo de Telles et al<sup>(7)</sup> com a prevalência de 77,8%. Acredita-se que o sexo masculino é um fator de risco para a IRC, determinando a maior prevalência assim como outros fatores, como por exemplo ser portador de doenças crônicas<sup>(17,18)</sup>.

Quanto ao perfil ocupacional, cerca de 95% da população não trabalha atualmente. A ausência de atividade laboral deteriora o estado físico destes pacientes e sugerem a presença de sintomas depressivos. Isto por que o trabalho é visto como uma forma de realização e valorização pessoal, que mantêm o indivíduo vinculado à realidade. Nesta perspectiva, o paciente renal, ao se encontrar “ligado” à uma máquina, toma para si o diagnóstico de IRC como sinônimo de incapacidade<sup>(8)</sup>.

A faixa etária na qual os pacientes fazem parte mais frequentemente foi de 60-69 anos. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado por Melo, Bezerra e Sousa (2014) em que a média foi mais de 60 anos. O aumento da idade é acompanhado pelo aumento da incidência de doenças crônico degenerativas, como a hipertensão e diabetes, que se configuram como as principais causas da IRC encontradas no estudo. Desse modo, faz-se necessário o controle rigoroso da glicemia e níveis pressóricos para minimizar a progressão da doença<sup>(19-20)</sup>.

É importante salientar que a assistência à saúde da população idosa deve ter uma atenção diferenciada, uma vez que presume-se que 75% a 80% deste grupo tem ao menos uma doença crônica e por ser o grupo populacional mais afetado pela IRC, como apresentado no estudo em questão<sup>(8-5)</sup>. No tocante à escolaridade, grande parte dos entrevistados tinham ensino fundamental incompleto, o que também se faz presente no estudo de Freitas, Bassolif e Vanelli<sup>(11)</sup>, em que a maioria (68%) dos participantes relatou que não possuíam conhecimento da doença causadora e suas consequências, estes indivíduos foram os que tinham menor escolaridade.

É evidenciado que na população geral o baixo nível educacional associa-se a elevada morbimortalidade, principalmente ao desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas.

Pacientes com insuficiência renal e baixa escolaridade tem sua expectativa e qualidade de vida reduzidas quando comparadas a indivíduos com maior nível de escolaridade. Isto deve-se à falta de informação e insipidez de conhecimento acerca da hemodiálise e à diminuição de recursos intelectuais capazes de promover melhor adaptação emocional e física perante a nova condição<sup>(28)</sup>.

Maior parte dos participantes (60%) possuem união estável, o que facilita a obtenção de apoio e participação dos familiares no tratamento<sup>(12)</sup>. Foi evidenciado que, entre a população analisada, houve prevalência, no tempo de tratamento hemodialítico, entre 1-3 anos (39%), coincidindo com o estudo desenvolvido por Freitas, Bassoli e Vanelli<sup>(11)</sup>. Este resultado, entretanto, confronta-se com o de outros estudos, pois enquanto Ferreira e Filho (2011) revelam uma prevalência de 40,67% no período acima de cinco anos de tratamento, o estudo de Almeida et al<sup>(6)</sup> mostra que a maioria dos pacientes com DRC, que fazem tratamento hemodialítico em um Hospital Público da Bahia foram admitidos em até 01 ano (80%).

Quanto as comorbidades apresentadas, a principal encontrada pelo nosso estudo foi hipertensão, seguida da associação hipertensão e diabetes. Este resultado é corroborado pelos estudos de Gonçalves et al<sup>(4)</sup>, Telles et al<sup>(7)</sup> e Cherchiglia<sup>(14)</sup>, onde a comorbidade mais frequente foi a Hipertensão arterial sistêmica. Sesso et al<sup>(15)</sup> e Cassini et al<sup>(16)</sup> elucidam que HAS e DM são as principais doenças de base que contribuem para o desenvolvimento da DRC no Brasil. A falta de controle rigoroso destas patologias desencadeia a instalação da IRC.

Foi avaliado, por meio do Inventário de Depressão de Beck (BDI), a presença de sinais preditivos de depressão dos participantes deste estudo. Como resultado, verificou-se que a maioria dos indivíduos apresentava nível mínimo de sintomas preditivos de depressão (56%), enquanto que 26% apresentaram nível leve, 15% moderado e 3% grave. Os estudos de Condé et al<sup>(21)</sup> e Nifa e Rudnicki<sup>(22)</sup> apresentaram resultados semelhantes, com as porcentagens de 68,8% e 66,7%, respectivamente, de pacientes com nível mínimo de depressão. Os estudos de Santos, Wolfart e Jornada<sup>(23)</sup> e Ferreira e Filho<sup>(8)</sup> diverge dos demais, onde a maioria dos pacientes apresenta um nível leve de depressão. Porém nos estudos citados os nível mínimo de presença de sintomas depressivos está 10% mais elevado. Neste estudo esta quantia está distribuída nos demais níveis, o que demonstra que em nossa amostra há indivíduos com sintomas depressivos mais graves que em outros estudos.

Diefenthaler et al<sup>(24)</sup> afirma que um aumento da intensidade dos sintomas depressivos está associado à mortalidade em pacientes hemodialíticos, independentemente de outros fatores,

como idade, doença sistêmica concorrente, variáveis clínicas e eficácia do tratamento de diálise. Tais resultados não demonstram, necessariamente, uma relação causal. A Depressão reduz a adesão ao tratamento de diálise, mas essa relação pode ser multifatorial e depende de uma combinação complexa de várias variáveis que podem ser responsáveis para a ocorrência de um resultado indesejável.

Ao se relacionarem as variáveis sexo, idade, estado civil, trabalho e comorbidade com a sintomatologia depressiva não se verificou associação significativa. Porém, constatou-se que o tempo de tratamento se correlacionou de forma positiva com a presença de sinais preditivos. Estes dados foram corroborados pelos estudos de Ferreira e Filho<sup>(8)</sup> e Costa et al<sup>(25)</sup> onde identificou-se que pacientes que se encontram mais tempo em tratamento possuem maiores níveis de depressão. Apesar das maiores dificuldades de adaptação ao novo modo de vida serem mais presentes no início do tratamento, este fato não impede o aparecimento e persistência dos sintomas depressivos durante todo o tratamento <sup>(22)</sup>.

As dimensões específicas do KDQOL-SF que tiveram os menores escores médios foram sobrecarga da doença renal (46,64) e papel profissional (13,05). As dimensões que obtiveram maior score foram função cognitiva (91,78) e função sexual (89,40). Em relação às dimensões genéricas (SF-36), os escores mais baixos foram os relacionados a funcionamento físico (43,86), função física (24,20) e saúde geral (47,89). E as maiores foram função social (78,51) e dor (73,58). Esses achados são semelhantes aos descritos em outros estudos <sup>(26,27,29)</sup>. O funcionamento físico se refere ao grau que a saúde física interfere no trabalho e nas demais atividades diárias, a média encontrada nesta amostra foi de 43,86%, relativamente baixa quando comparada a outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento para avaliar a qualidade de vida de pacientes com IRC. Como esta doença e as complicações advindas do tratamento alteram a capacidade funcional do paciente, ocasionando diversas limitações, a proposta de realização de atividade física pode contribuir significativamente no funcionamento físico e na avaliação da QV <sup>(27,23)</sup>.

A função física se relaciona especificamente ao desempenho das atividades diárias, como capacidade de vestir-se, subir escadas, caminhar, inclinar-se, tomar banho e de cuidar de si. Esta foi a dimensão mais afetada, referente ao SF-36, que repercutiu negativamente na QV. A média tão baixa encontrada nessa dimensão (24,20%) pode se relacionar com o fato do paciente nesta

condição sofrer alterações em vários sistemas “denominado de “síndrome urêmica”, o qual compromete a QV e limita as atividades de vida diária nessa população”<sup>(26)</sup>

A saúde geral é avaliada a partir da auto percepção do indivíduo sobre sua saúde no presente, a média encontrada nesta dimensão foi de 47,89%. O comprometimento do estado geral de saúde, nestes pacientes, é visível devido aos sinais e sintomas evidenciados externamente, além disso estes pacientes sentem-se doentes o tempo todo, o que explica a visão negativa citada pela maioria dos integrantes do estudo<sup>(13,9)</sup>.

A dimensão funcionamento físico e a dimensão sobrecarga imposta pela doença renal estão inter-relacionadas e são diretamente dependentes da saúde física, para serem avaliadas pelos pacientes. O efeito da sobrecarga da doença renal (43,86%) na vida dos pacientes participantes influenciou a maior parte deles de forma negativa pois evidencia que o dano renal crônico, os sintomas e as complicações da IRC estão presentes e foi condizente com o de outros estudos<sup>(26,1,10)</sup>.

A dimensão do papel profissional, que remete à possibilidade ou não do paciente possuir alguma fonte de renda pelo trabalho apresentou o mais baixo escore (13,05%), dado semelhante ao de outros estudos<sup>(26-27)</sup>. Percebe-se, portanto, que a dependência do indivíduo com a máquina de hemodiálise em uma frequência de três vezes na semana pode dificultar a oportunidade de adquirir um trabalho<sup>(26)</sup>. Em uma sociedade capitalista em que o dinheiro, acúmulo de posses e o status profissional são altamente valorizados, não possuir um trabalho pode provocar sentimentos negativos, pelo fato do indivíduo não se incluir no perfil valorizado. Desse modo, é fundamental que empresas permitam a flexibilidade dos horários de pacientes, objetivando a permanência destes no mercado de trabalho<sup>(27)</sup>.

## **Conclusão**

A insuficiência renal crônica e o seu tratamento, trazem diversas mudanças na vida do paciente, interferindo diretamente em sua qualidade de vida através dos prejuízos no estado de saúde física, funcional, mental, bem-estar geral, social e emocional. Neste estudo, em particular, encontramos facilidades no que se refere à receptividade dos pacientes e equipe do serviço durante a coleta de dados, bem como o aproveitamento do tempo da diálise para responder aos questionários o que corrobora com uma melhor qualidade dos dados obtidos. Estes servirão de subsídio para que os profissionais possam enfatizar, durante a assistência, ainda mais o componente psíquico e emocional, pois, o principal componente afetado em relação à qualidade

de vida, que é o papel profissional, é responsável por fazer o indivíduo sentir-se útil e contribuir para o meio em que vive. Além disso, verificou-se a importância do acompanhamento psicológico durante todo tratamento, pois houve correlação positiva entre ocorrência de sintomas preditivos de depressão e tempo de hemodiálise. Sendo assim, o acompanhamento psicológico destes pacientes, desde o início do tratamento possibilita intervenções apropriadas para assegurar a proteção de sua atividade psíquica e integridade mental, além de possibilitar que o mesmo vivencie sua doença se apropriando dos cuidados que a mesma requer vislumbrando uma vida que vai muito além das restrições impostas pela doença renal e seu tratamento.

### **Referências**

1. Kusumota L. et al. Adultos e idosos em hemodiálise: Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(especial): 152-9.
2. Silva AS et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de paciente submetidos à hemodiálise. *Rev. BrasEnferm.* Set-out 2011; 64(5): 839-44.
3. Beck AT et al. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4: 561-571.
4. Gonçalves FA et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou diálise peritoneal: estudo comparativo em um serviço de referência de Curitiba – PR. *J Bras Nefrol.* 2015; 3(4): 467-474..
5. Andrade SV, Sesso R, Diniz, DHMP. Desesperança, ideação suicida e depressão em pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise ou transplante. *J. Bras. Nefrol.* [online]. 2015; 37(1): 55-63.
6. Almeida MIC et al. Perfil dos pacientes renais crônicos de um Hospital Público da Bahia. *Revista Enfermagem Contemporânea.* Dez 2013; 2(1):157-168.
7. Telles CT et al. Perfil sociodemográfico, clínico e laboratorial de pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Rene.* Maio-jun 2014; 15(3): 420-6.
8. Ferreira RC, Filho CRS. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. *J Bras Nefrol.* 2011; 33(2):129-135.

9. Cavalcante MCV et al. Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil. *J Bras Nefrol* 2013;35(2):79-86..
10. Santos I, Rocha RPF, Berardinelli LMM. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise. *Esc Anna Nery* (impr.)2011 jan-mar; 15 (1):31-38.
11. Freitas EB, Bassoli FA, Vanelli CP. Perfil sociodemográfico de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico em clínica de Juiz de Fora, Minas Gerais. *HU Revista, Juiz de Fora*. jan./jun 2013; 39(1 e 2): 45-51.
12. Belayev MD et al. Longitudinal Associations of Depressive Symptoms and Pain with Quality of Life in Patients Receiving Chronic Hemodialysis. *Hemodial Int.* 2015 April ; 19(2): 216–224. doi:10.1111/hdi.12247.
13. Frazão CMFQ, Ramos VP, Lira ALBCI. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. *Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro*, 2011 out/dez; 19(4):577-82.
14. Cherchiglia, M.L et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. *Rev Saúde Pública*; v. 44, n. 4, p.:639-49, 2010.
15. Sesso RCC. et al. Diálise crônica no Brasil - Relatório do censo brasileiro de diálise, 2011. *J. bras. nefrol.* São Paulo. 2012; 34(3):272-277.
16. Cassini AV et al. Avaliação dos principais fatores etiológicos em indivíduos portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. *ConScientiae Saúde, São Paulo*. Set 2010; 9(3): 462-468.
17. Freitas EB, Bassoli FA, Vanelli CP. Perfil sociodemográfico de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico em clínica de Juiz de Fora, Minas Gerais. *HU Revista, Juiz de Fora*, jan/jun 2013; 39(1 e 2): 45-51.
18. Reis BM et al. Qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. *ConScientiae Saúde*. 2014 dez; 13(4): 578-585.
19. Nascimento LCA, Coutinho ÉB, Silva KNG. Efetividade do exercício físico na insuficiência renal crônica. *Fisioter Mov.* jan/mar 2012; 25(1):231-9.

20. Roxo NE, Barata RC. Dyadic Relationship and Quality of Life Patients with Chronic Kidney Disease. *J Bras Nefrol* 2015;37(3):315-322.
21. Condé SAL et al. Declínio cognitivo, depressão e qualidade de vida em pacientes de diferentes estágios da doença renal crônica. *J Bras Nefrol*. 2010; 32(3): 242-8.
22. Nifa S, Rudnicki T. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. *Rev. SPBH*. Jun 2010; 13(1): 64-75.
23. Santos MC, Wolfart A, Jornada L. Prevalência de transtornos depressivos em pacientes com insuficiência renal crônica participantes de programa de hemodiálise em uma clínica do Sul de Santa Catarina. *Arq Catar de Med*. 2011;40(2):84-88.
24. Diefenthaeler, E.C. et al. Is depression a risk factor for mortality in chronic hemodialysis patients? *Rev. Bras Psiquiatr*. 2008; 30(2): 99-103.
25. Costa FG et al. Rastreamento da Depressão no Contexto da Insuficiência Renal Crônica. *Trends in Psychology / Temas em Psicologia*. 2014 dez; 22(2): 445-455.
26. Grasselli CSM et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, 2012 nov-dez;10(6):503-7.
27. Santos GD et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise na cidade de Mogi das Cruzes. *Diagn Tratamento*. 2014 mar;19(1):3-9.
28. Xavier BLS et al. Características individuais e clínicas de clientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2014 mai/jun; 22(3):314-20.
29. Abreu IS, Santos CB. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2013 jan/mar; 21(1):95-100.
30. Duarte PS et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF TM). *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2003; 49(4): 375-381.