

AMANDA SABATIN NUNES

**PERFIL COMPORTAMENTAL DE PACIENTES COM
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA**

PUC-CAMPINAS

2020

AMANDA SABATIN NUNES

**PERFIL COMPORTAMENTAL DE PACIENTES COM
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, no Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientador: Prof. Dr. André Luiz Monezi Andrae

PUC-CAMPINAS

2020

Ficha catalográfica elaborada por Vanessa da Silveira CRB 8/8423 Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI - PUC-Campinas

616.614
N972p

Nunes, Amanda Sabatin

Perfil comportamental de pacientes com Insuficiência Renal Crônica: uma revisão sistemática / Amanda Sabatin Nunes. - Campinas: PUC-Campinas, 2020.

82 f.

Orientador: André Luiz Monezi Andrade.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2020.

Inclui bibliografia.

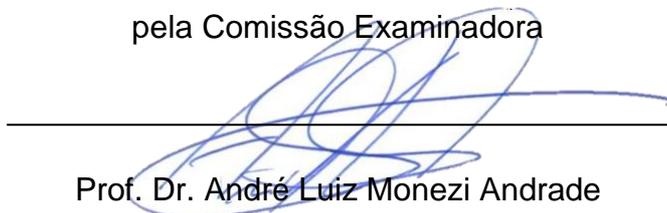
1. Insuficiência renal crônica. 2. Crianças - Doenças. 3. Adolescentes - Doenças. I. Andrade, André Luiz Monezi. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

CDD - 23. ed. 616.614

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
CAMPINAS CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA
AMANDA SABATIN NUNES
PERFIL COMPORTAMENTAL DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA
RENAL CRÔNICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Dissertação defendida e aprovada em 11 de fevereiro de 2020

pela Comissão Examinadora

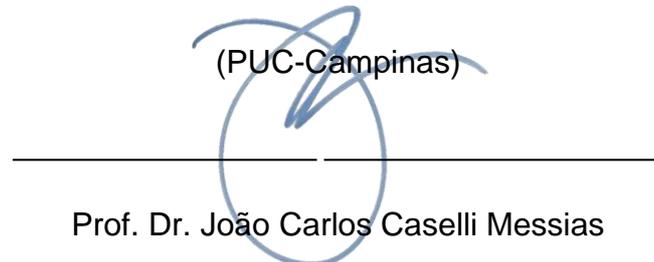


Prof. Dr. André Luiz Monezi Andrade

Orientador da Dissertação e Presidente da Comissão Examinadora

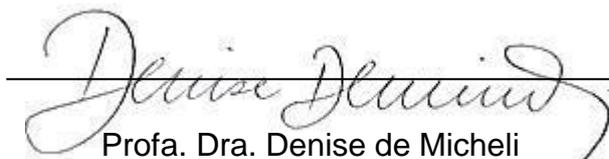
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

(PUC-Campinas)



Prof. Dr. João Carlos Caselli Messias

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)



Profa. Dra. Denise de Micheli

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Aos pacientes renais crônicos e suas famílias, que lidam com intensos sofrimentos e angústias e têm suas vidas modificadas em função da doença.

AGRADECIMENTOS

Inúmeras foram as dificuldades passadas durante a Pós-Graduação. Estar diante de novas demandas, intensas e exaustivas, porém enriquecedoras, exige um novo repertório comportamental, reestruturação de rotina e suporte social. Agradeço imensamente a Deus por ter-me dado oportunidade de entrar para este curso de pós-graduação e ainda uma bolsa favorável para custeio, além de todo equilíbrio emocional.

Aos meus pais Silvia e Hélio, que estiveram sempre presentes, compreendendo minhas dificuldades, sempre me incentivando, ensinando-me a ter fé e esperança na vida, aceitar falhas e fracassos, dando-me os melhores conselhos, proporcionando uma ótima qualidade de vida, buscando me auxiliar com demandas, até técnicas, e suportado minha ausência em diversos momentos. A vocês, todo meu amor.

À minha amiga Janaína, que conheci durante essa trajetória, sendo uma pessoa atenciosa, empática e iluminada, todos seus conselhos e conhecimentos científicos me possibilitaram vencer essa etapa. A você, todo meu respeito e consideração.

Ao meu orientador, Prof. Dr. André Luiz Monezi Andrade, que trabalhou fielmente e me orientou neste projeto, transmitindo seus conhecimentos e dando todo suporte nesta formação acadêmica.

“O presente trabalho foi realizado com o apoio do CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-Brasil”.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Frequência de artigos a partir do país de origem.....	28
Tabela 2. Local de coleta dos dados da pesquisa.....	28
Tabela 3. Características da amostra a partir do estágio de tratamento, tamanho amostral, e faixa etária.....	30
Tabela 4. Ano de produção dos artigos.....	32
Tabela 5. Fichamento dos trabalhos a partir dos autores, país, ano, objetivos, características amostrais e critérios de inclusão dos trabalhos.....	33
Tabela 6. Instrumentos e frequência de uso nos estudos avaliados.....	37
Tabela 7. Variáveis estudadas e instrumentos utilizados para cada um dos trabalhos identificados.....	38
Tabela 8. Frequência das variáveis estudadas em todos os estudos avaliados.....	42
Tabela 9. Desenho experimental dos estudos.....	44
Tabela 10. Principais resultados dos estudos.....	45
Tabela 11. Frequência dos objetivos dos estudos.....	49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma PRISMA.....	26
----------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Apresentação do sistema PICO	20
Quadro 2. Primeira etapa da escolha das palavras chave nos três idiomas de busca do estudo	22
Quadro 3. Protocolo de busca para o PUBMED	23
Quadro 4. Protocolo de busca para PsycINFO	23
Quadro 5. Protocolo de busca para Scielo.....	24
Quadro 6. Protocolo de busca para BVS	24
Quadro 7. Critérios de inclusão e exclusão	25

RESUMO

NUNES, Amanda Sabatin. **Perfil Comportamental de Pacientes com Insuficiência Renal Crônica: uma Revisão Sistemática**. 2020. 82 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2020.

A Doença Renal Crônica (DRC) é um problema de saúde pública por estar relacionada a um alto índice de mortalidade. Desta forma, possui impacto negativo sobre a qualidade de vida dos pacientes devido às possíveis alterações orgânicas, emocionais e sociais que requerem reabilitação. O objetivo deste estudo foi identificar e descrever o perfil comportamental das crianças e adolescentes, bem como avaliar as principais características sociodemográficas e as intervenções realizadas na área a partir de uma revisão sistemática da literatura nacional e internacional. Trata-se de uma revisão sistemática que foram utilizadas as seguintes bases de dados para a busca dos artigos: BVS, PUBMED, PsycINFO e SciELO. Foram considerados trabalhos sem restrição de data. A estratégia de busca apresentou as seguintes palavras chaves: *children, adolescents, kidney, kidney failure, kidney disease, chronic kidney disease*. Foram encontrados 21 artigos que atenderam a todos os critérios do estudo, sendo que em 29,7% dos trabalhos a depressão foi o principal construto avaliado, seguido pela ansiedade e qualidade de vida, com 28% ambas as variáveis. Os dados encontrados neste estudo podem ajudar no desenvolvimento de programas de habilidades parentais e habilidades sociais nas crianças estudadas, para prevenir problemas de ajustamento.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica; Crianças; Adolescentes; Cuidadores.

Apoio: CNPq (Bolsa mestrado)

ABSTRACT

NUNES, Amanda Sabatin. **Behavioral Profile of Patients with Chronic Renal Failure: a Systematic Review**. 2020. 82 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2020.

Chronic Kidney Disease (CKD) is a public health problem because it is related to a high mortality rate. Thus, it hurts the quality of life of patients due to possible organic, emotional and social changes that require rehabilitation. This study aimed to identify and describe the behavioral profile of children and adolescents, as well as to evaluate the main sociodemographic characteristics and the interventions carried out in the area from a systematic review of national and international literature. It is a systematic review that used the following databases to search for articles: BVS, PUBMED, PsycINFO, and SciELO. Works without date restriction were considered. The search strategy presented the following keywords: children, adolescents, kidney, kidney failure, kidney disease, chronic kidney disease. Twenty-one articles were found that met all the study criteria, and in 29.7% of the studies, depression was the central construct evaluated, followed by anxiety and quality of life, with 28% both variables. The data found in this study can help in the development of parental skills and social skills programs in the children studied, to prevent adjustment problems.

Key-words: Chronic Renal Disease; Children; Adolescents; Caregivers.

Support: CNPq (master's scholarship)

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	vi
RESUMO	xi
ABSTRACT	xi
APRESENTAÇÃO	xii
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Doença Crônica (DC).....	1
1.2 Doença Renal Crônica (DRC).....	6
1.3 Aspectos Epidemiológicos.....	8
1.4 Tratamento dos Pacientes com DRC.....	10
1.5 DRC em Crianças e Adolescentes.....	11
1.6 Aspectos Gerais da Doença Crônica e o Comportamento Infantil.....	15
1.7 DRC e Comportamento Infantil.....	17
2. OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivos Específicos.....	19
3. MÉTODO	20
3.1 Caracterização do estudo.....	20
3.2 Pergunta de pesquisa.....	20
3.3 Base de dados.....	21
3.4 Protocolo de busca.....	21
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
6. REFERÊNCIAS	53

APRESENTAÇÃO

Como analista do comportamento, compreendo que os comportamentos são produtos sociais que interagem com seu meio e são modificados pelas consequências de suas ações. No decorrer do curso de especialização em Psicoterapia Clínica de Análise do Comportamento, senti necessidade de estar em um contexto diferente da clínica. O olhar para o mestrado também foi despertado quando recebi o convite para ir dar uma palestra sobre análise do comportamento na Universidade de São Francisco (USF), para a turma do 1º ano de Psicologia; então, observei-me praticando a docência dentro de uma sala de aula.

Quanto ao tema da dissertação de mestrado, primeiramente havia escolhido trabalhar com habilidades sociais, por ter participado de um congresso dos pioneiros no assunto, os pesquisadores Prof^ª. Dr^ª. Zilda Del Prette e Prof. Dr. Almir Del Prette. Porém, ao entrar para o grupo de pesquisa da Prof^ª. Dr^ª. Helena Benzanelli Prebianchi, senti-me reforçada a atuar e pesquisar em contexto hospitalar. Uma vez que meu interesse por essa área ocorre desde a graduação, em que realizei alguns cursos na área de Psicologia Hospitalar, no Hospital e Maternidade Galileo (HMG). Desta forma, tive oportunidade de me aprofundar nos cursos de Atuação do Psicólogo no Hospital Geral; Apresentação do Serviço, Métodos de Triagem e Encaminhamentos de Pacientes; Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Geral: Principais Queixas Encontradas; Enfermaria e o Hospital Geral; Pacientes Crônicos e Cirúrgicos; Luto no Hospital Geral; UTI Neonatal - Principais Patologias; Manejo Familiar e UTI Adulto; Sofrimento do Paciente e Família; e o Trabalho da Equipe Multidisciplinar.

Realizei a prática de formação “Humanização - conceitos humanização hospitalar”, além de um estágio no Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP), cuja

população estudada era de gestantes e puérperas. Também realizei um período de trabalho voluntário no Hospital do Câncer, com parceira com a Associação Voluntária de Combate ao Câncer (AVCC). Alinhada a um treinamento em serviço no Hospital das Clínicas da Unicamp, atuei também como psicóloga comportamental prestando atendimento para adultos com transtornos mentais. Nesse período, também pude conhecer o contexto hospitalar e a internação de pacientes oncológicos que se encontravam em cuidados paliativos. Assim, observo a importância da psicologia dentro do hospital, com suas diversas formas de atuação, para escuta e acolhimento do paciente e seus familiares, para compreender a experiência do paciente e cuidadores, dos estigmas sociais acerca de transtornos e doenças, tirar dúvida dos pacientes.

Dentre as vivências que experienciei, a doença crônica (DC) me despertou especial interesse, pois pude perceber mais de forma mais efetiva a aproximação entre a psicologia hospitalar e a abordagem da análise do comportamento. Uma vez que a DC é um estímulo que altera o meio da criança, adolescente e de seus cuidadores, os comportamentos dos indivíduos que possuem relação direta com o meio em que o paciente está inserido, que por sua vez, pode produzir consequências aversivas, e modificar os comportamentos e relações subsequentes.

Diante da gama de doenças crônicas observadas na área da saúde e que oneram o Sistema de Único de Saúde (SUS), devido à necessidade de tratamentos contínuos, consultas recorrentes e uso ininterrupto de medicamentos de custos elevados para controle, a Doença Renal Crônica (DRC) está entre os problemas de saúde pública global que possui grande impacto negativo na qualidade de vida das pessoas acometidas, além possuir alto índice de mortalidade.

A frequência de pacientes em diálise, com idade menor ou igual a 12 anos é de 0,3%, entre 13 a 19, 0,9%, ou seja, a porcentagem de crianças/adolescentes em diálise é

de 1,2% e devido à sua baixa prevalência pouco se tem estudado essa população (Soares et al., 2008). Embora possua grande impacto na qualidade de vida, rotina e saúde mental dos pacientes, existem poucos estudos na Psicologia a respeito da DRC na população de crianças/adolescentes. Por meio deste estudo, pretendeu-se possibilitar aos profissionais de saúde, em especial psicólogos, uma reflexão sobre sua forma de atuação, encorajando-os a buscar por ações que valorizem as necessidades dos pacientes e suas famílias, por meio de uma prática mais humanizada e acolhedora. Assim, é relevante para pesquisa científica conhecer as características do comportamento dessa população em relação DCR, possibilitando a elaboração intervenções psicológicas com as crianças/adolescentes e seus cuidadores que favoreçam adesão ao tratamento, diminuição do estresse e aumento da Qualidade de Vida (QV).

A relevância em tomar conhecimento sobre a DRC e os impactos para crianças e adolescentes reside no fato que a doença carrega consigo, consequências físicas e psicológicas que alteram o comportamento tanto do paciente, quanto do cuidador. Todas essas condições predisõem a problemas de saúde mental. Por isso, conhecer as repercussões da doença, o perfil comportamental de crianças e adolescentes com DRC e o modo como percebem a doença, favorece o planejamento de intervenções que estimem a qualidade de vida dos pacientes destas faixas etárias. Além disso, elas também contribuem para adesão ao tratamento, diminuição ao estresse e minimizando a ocorrência de prejuízos na saúde mental, por meio da promoção de saúde mental e habilidades sociais (Ramos et al., 2015).

1. INTRODUÇÃO

1.1 Doença Crônica

Doença Crônica (DC) refere-se a uma condição de saúde ou sintomas persistentes, que exigem devida atenção médica por sua complexidade e tratamento contínuo. Além de possuir caráter progressivo, pode atingir indivíduos de todas as faixas etárias. Ocasionalmente limitações em atividades básicas diárias, que podem afetar o paciente psicologicamente. No caso de crianças, merece atenção especial, uma vez que a instabilidade emocional na infância afeta toda a família (Vieira, Dupas, & Ferreira 2009). Soares et al. (2008) afirmam que a DC não tem cura e que almejar este objetivo para criança e adolescente pode dificultar o desenvolvimento sadio dos organismos, impedindo a busca de alternativas de viver com qualidade.

O evidente impacto da DC na vida de um indivíduo tem levado ao aumento de estudos que abordam as características epidemiológicas das DC. A análise, a partir de dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), da taxa de mortalidade de indivíduos com idade entre 1 a 24 anos em países em desenvolvimento, acometidos por alguma DC, realizada por Viner et al., (2011), pode ser citada como um avanço em pesquisas sobre a temática. Neste estudo, os autores realizaram uma análise retrospectiva dos dados coletados nos últimos 50 anos e observaram uma redução significativa no índice de mortalidade de crianças e adolescentes na maioria dos países avaliados, especialmente entre indivíduos de 1 a 4 anos de idade. Nesta população, a queda de mortalidade variou entre 85 e 93%, de 1955 a 2005. Além disso, também foi detectada uma correlação negativa entre a idade e o índice de mortalidade, de modo que as taxas foram menores naqueles indivíduos de maior idade. Entretanto, segundo estudos epidemiológicos realizados por Van Der Lee, Mokkink, Grootenhuis, Heymans & Offringa, (2007), a prevalência de DC em crianças e jovens aumentou continuamente

desde a década de 1980, trazendo prejuízos para o desenvolvimento da criança e do adolescente e consequências financeiras e organizacionais, que acarretou novos planejamentos para assistência à saúde.

A infância é um período da vida em que os indivíduos passam por transformações importantes do seu desenvolvimento e são dependentes dos familiares, indispensáveis na formação biopsicossocial da criança e satisfação das necessidades básicas (Pettemgill, Ribeiro, Borba, 2008). O impacto de uma doença crônica na criança implica em alterações no desenvolvimento físico, mental e emocional, já que tem seu cotidiano modificado por restrições provocadas pela própria patologia, atendimento terapêutico, controle clínico, além das frequentes internações que a separa do seu ambiente familiar (Freitas, Silva, Nobrega, & Collet, 2011). Quanto às reações da criança diante dessa nova vivência que é a doença, nesse mesmo estudo foram identificados sentimento de culpa, medo, angústia, depressão e apatia. Além disso, crianças com doença renal crônica (DRC) têm maiores chances de apresentarem problemas de saúde mental e estresse, e alterações no desenvolvimento físico, emocional e comportamental (Barlow & Ellard, 2006). Segundo Wallander e Varni (1998), crianças com DC não apresentam significância clínica de distúrbios psicossociais, porém se deparam com muitos estressores emocionais e dificuldades de se adaptarem socialmente.

Em um estudo realizado por Vieira et al. (2009), as crianças com DRC (4 a 12 anos), relataram experienciar limitações motoras e auditivas e um déficit de crescimento, que por si só já as levam a se sentirem diferentes e inferiores. Contribui para amplificação desse sentimento, relatos de sofrerem com zombarias e exclusão de colegas e até de adultos no ambiente escolar. As relações sociais ocorrem mais intensamente nesta fase do desenvolvimento. Analisando o relato das crianças, os autores perceberam que as

elas têm consciência a respeito de sua vida mais restrita, da mudança da dinâmica familiar e das abdições dos pais. Porém, apesar das limitações, as crianças procuravam desenvolver estratégias de enfrentamento, demonstravam confiança no tratamento e estabeleciam vínculo com os cuidadores e família (Vieira et al. 2009). Nesse mesmo estudo, a partir o discurso das crianças, os autores corroboraram os achados de Diniz, Romano & Canziani (2006), em que foi constatado que as restrições alimentares, remédios, interrupções no brincar e em outras atividades diárias, medo da patologia fazem com que a criança apresente sentimento de tristeza, irritabilidade, ansiedade, insegurança e, conseqüentemente, mau desempenho escolar. Nesse sentido, alguns dos relatores apresentavam comportamentos como choro e falas saudosistas em relação à liberdade no brincar que havia no período em que não passavam por tratamento médico.

Sobre a adolescência Eisenstein (2005), destaca que esse período é considerado momento de transição entre a infância e a vida adulta, no qual ocorrem diversas mudanças de cunho físico, mental, emocional, sexual e social, em que são exigidos esforços do indivíduo para alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive, até consolidar seu modo de se comportar no mundo. O mesmo autor afirma que a existência de uma condição de doença crônica na adolescência também acarreta prejuízos para o desenvolvimento de adolescentes, pois as privações associadas à condição médica, muitas vezes impede que o adolescente vivencie situações características dessa fase do desenvolvimento.

Um estudo realizado por Ramos, Braga, Cavalcante e Oliveira (2015) com adolescentes entre 10 e 18 anos, que apresentavam quadro de Insuficiência Renal (IR) há aproximadamente 3 anos e que já haviam realizado hemodiálise, mostrou que estes pacientes possuíam grande expectativa em relação à superação da doença, capacidade

de enfrentamento e cura. Muitos relataram sentimentos de medo da morte, vergonha da própria doença e dificuldade em admitir o problema. A partir dos relatos dos adolescentes, os mesmos autores identificaram sentimento de frustração, raiva e tristeza, demonstrando que a presença de uma DC pode contribuir para que o adolescente tenha percepção da imagem física alterada, autoestima prejudicada e autonomia comprometida.

A presença de cuidadores, que abrange desde os profissionais da saúde até os familiares, pode ser importante para adaptação do paciente ao tratamento e pode auxiliar a minimizar o estresse e sintomas de ansiedade e depressão. Em se tratando da atuação dos profissionais, Faller, Barreto, Ganassin, Marcon (2012) indicam necessidade de planejamento das ações de enfermagem em relação às necessidades de cada paciente, pois o tratamento não envolve apenas a tecnologia (protocolos, máquina de diálise, medicações), mas também a valorização dos sentimentos, percepções e relações interpessoais, favorecendo o processo de humanização.

Quanto aos profissionais de Psicologia, Mattarazzo (1980) defende que a prioridade deve ser a promoção de repertórios de comportamento voltados para a saúde enquanto fenômeno social, como forma de garantir a continuidade do processo de desenvolvimento humano, individual e coletivo. O autor defende também que o psicólogo da saúde se ocupe da necessidade de promover e de considerar o processo saúde-doença como um fenômeno social, pois o crescente custo dos serviços de saúde coloca em evidência a importância da educação sobre práticas saudáveis e políticas de prevenção que permitam uma intervenção global, o aumento dos índices de adesão a tratamentos e a redução do impacto da doença sobre o funcionamento global do indivíduo.

Nesse sentido, os psicólogo da saúde têm papel importante quanto à relação do

paciente com a doença, mediação entre paciente, família e equipe, de forma que, o acolhimento do paciente é importante desde o pré-diagnóstico ao tratamento, em que durante todo o processo o psicólogo deve buscar compreender e avaliar a percepção que o indivíduo e sua família possuem a respeito da doença; conhecer o grupo social em que o indivíduo está inserido, na busca por suporte social sócio-afetivo; e conhecer os interesses do paciente, para identificar de reforçadores positivos que favoreçam a qualidade de vida do paciente (Gorayeb, 2015). Nesse sentido, além de auxiliar no entendimento de muitos fatores que tangem ao tratamento, os psicólogos também são responsáveis por terem atuação nas implicações psicológicas decorrentes do tratamento, como alterações na percepção da imagem, autoestima, dependência de cuidadores, restrição a atividades de lazer e contato social, o que prejudica também o desenvolvimento de habilidades sociais (Gorayeb, 2015).

A relação com a família é um dos principais fatores relacionados à maneira da criança e adolescente lidar com a doença. As adequações quanto estrutura familiar, habilidades de comunicação e solução de problemas interferem na resposta do paciente ao tratamento. (Eiser, 1990; Heinzer, 1998). Porém, os pais tendem a apresentar grandes dificuldades em lidar com a doença crônica de seus filhos, podendo manifestar excesso de preocupação (Bradford, 1997), irresponsabilidade frente às reais necessidades da criança (Leitch, 1999) e superproteção (Bradford, 1997; Sabbeth, 1984).

Todas as doenças crônicas possuem demandas específicas. Em geral, há exposição a situações estressantes, mudança de rotina, acompanhamento médico, acompanhados de práticas educativas modificadas, o que exige que a interação dos pais com os filhos se modifique de acordo com as particularidades de cada DC (Piccini, Castro, Alvarenga, Vargas, & Oliveira, 2003).

Pesquisas mostram diferentes práticas educativas de mães com seus filhos.

Levers (1998) investigou comportamento de mães de crianças, entre 6 e 11 anos, com fibrose cística, e os resultados mostraram que elas se comportavam de modo punitivo e autoritário. Já o resultado da pesquisa realizada por Noll, McKellop, Vannata e Kalinyak (1998) com profissionais da saúde que cuidavam de crianças crônicas foi que os pais tinham excesso de preocupação e disciplina; entretanto, esses pais não tinham a mesma percepção.

Embora de forma geral a presença de DC altere significativamente o comportamento dos pacientes afetados, bem como o de seu círculo social, para compreender as alterações que a DRC causa no comportamento do paciente e no meio social no qual ele está inserido, é fundamental investigar as especificidades dessa patologia.

1.2 Doença Renal Crônica (DRC)

Os rins têm papel essencial no organismo, pois são responsáveis pela filtração da maioria das substâncias ingeridas, além de secretarem hormônios e enzimas que são importantes para o funcionamento geral do corpo humano (Junior, 2004). Quando eles não estão em seu funcionamento normal, as principais substâncias do sangue (água, sal e ureia) se acumulam porque deixam de ser excretadas, provocando aumento da pressão arterial, uremia e edema (Bastos & Kirsztajn, 2011). Caracterizada como uma síndrome clínica decorrente da lesão renal progressiva de etiologia diversificada, quando a DRC pode causar determinado grau de lesão renal, a deterioração funcional do órgão é inevitável, mesmo se retirado o fator agressor inicial.

O Censo Brasileiro de Diálise de 2011 considerou a DRC um problema de saúde pública, pois aproximadamente 20 mil brasileiros precisam iniciar tratamento dialítico, anualmente (Sesso et al., 2012). Além das altas taxas de mortalidade, a doença exerce

papel negativo na qualidade de vida do indivíduo, que tem percepção negativa sobre a sua saúde, por meio de uma avaliação subjetiva de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento (Martins & Cesarino, 2005).

De acordo com Belangero (2002), a DRC pode ser definida tanto pela presença de lesão, quanto pela perda da função renal, sendo diferenciada em estágios de acordo com a intensidade da perda da função renal. O mesmo autor esclarece que a cronicidade é determinada pela duração da lesão renal, pela perda de função há mais que três meses, por anormalidades histológicas renais, ou dos exames de urina, ou de imagem. Já Kokko (1990) descreve a insuficiência renal crônica como um quadro de síndrome urêmica, no qual há um acúmulo de ureia no sangue e alterações de vários órgãos. Ao ser diagnosticada essa patologia, é importante que o paciente seja encaminhado para uma equipe multidisciplinar e receba tratamento adequado para substituição da função renal, a fim de evitar a necessidade de diálise.

Porém, em muitos casos existe um atraso no encaminhamento dos pacientes, o que resulta em diálise de emergência, levando à hospitalização mais prolongada no início do processo, associada ao aumento da morbidade e mortalidade (Bastos & Kirsztajn, 2011). Como evidência, Khan et al. (2005) realizaram um estudo nos Estados Unidos em que os resultados indicaram que apenas 50% dos pacientes receberam cuidado nefrológico especializado nos 24 meses que antecederam ao início da terapêutica renal substitutiva.

De acordo com Ferreira et al. (2013), a insuficiência renal pode se manifestar de forma aguda, acarretando prejuízo no funcionamento dos rins, porém ocorre por um breve período, sendo possível recuperação parcial ou total dos órgãos. Os mesmos autores destacam, como principais causas da insuficiência renal aguda, o uso de medicamentos, infecções bacterianas, deposição de imunocomplexos e quadros

hipovolêmicos. Já quando acontece de forma crônica, Ferreira e Gorayeb (2015) afirmam que o acometimento pela perda das funções dos rins de forma progressiva e irreversível. Além disso, os autores ressaltam que inúmeras doenças podem causar insuficiência renal crônica (IRC), entre elas: glomerulonefrites, diabetes, hipertensão arterial, anormalidades congênitas e infecções renais de repetição. Esse processo final é o período mais crítico da doença renal, pois há perda progressiva, irreversível e multifatorial da capacidade dos rins em manter os equilíbrios metabólicos e hidroeletrólíticos, gerando alterações nos diversos sistemas do organismo (Smeltzer & Bare, 2002). Ademais, na DRC, pode ocorrer manifestações colaterais de ordem gastrointestinal, cardiopulmonar e neurológica (Maciel, 2002).

Na infância, a etiologia da insuficiência renal crônica parece estar relacionada com a idade da criança quando a doença se instala (Friedman, 1999). As causas mais frequentes em crianças de até cinco anos são as malformações (congênitas) do trato urinário, enquanto na faixa etária de cinco a quinze anos prevalecem as doenças renais adquiridas e hereditárias (Pennafort, Queiroz, & Jorge 2012). Friedman (1999) também indica que anormalidades congênitas obstrutivas são as causas mais comuns em crianças de zero a dez anos, enquanto nas crianças com idade acima de dez anos, as doenças adquiridas são mais comuns. Nogueira et al. (2001) afirmam ainda que são poucos os estudos que abordam a incidência de IRC em crianças, e que as causas mais comuns para incidência de DC em crianças são influenciadas pelos aspectos socioeconômicos, geográficos e étnicos.

1.3 Aspectos epidemiológicos

Segundo Belangero (2002), a incidência da doença renal crônica na infância é 50 vezes menor que em adultos, porém a atenção para a patologia nessa população deve ser

equivalente ou maior, pois seu impacto é mais proeminente nessa fase do desenvolvimento. Acerca dessa questão, alguns estudos mostram a prevalência global de um milhão de portadores de DRC já em fase de substituição renal e esse número tende a aumentar devido ao aumento de casos de diabetes mellitus e pelo aumento da expectativa de vida mundial (Hamer & Nahas, 2005; Keith & Keys, 1954). Segundo o relatório americano *Third National Health and Nutrition Examination Survey*, estima-se que até 11% da população americana adulta seja portadora de algum grau de DRC (Hamer & Nahas, 2005). Além disso, segundo dados da *United States Renal Data System*, o número de pessoas acometidas pela DRC vem crescendo em todo mundo, sendo mais observado nos Estados Unidos, Taiwan, Qatar e Japão (Wong, Wharley & Wong, 2002).

A taxa de mortalidade em crianças com DRC, de acordo com Soares et al. (2008), é de 30 a 150 % maior do que a população pediátrica em geral, número alarmante para obtenção de um diagnóstico precoce e abordagem terapêutica adequada. Em relação à incidência de falência progressiva da função renal, os achados indicam incidência de falência progressiva da função renal em cerca de 2,5 a 4 crianças até a idade de 16 anos, por ano, para cada milhão de habitantes (Soares et al., 2008). Já a pesquisa apresentada por Pennafort et al., (2012) indicou que a incidência de crianças e adolescentes em estado terminal devido à insuficiência renal crônica e realizando tratamento dialítico nos Estados Unidos é de 15 pacientes por um milhão de habitantes, semelhante aos países europeus com 15,5 (Soares et al., 2008).

Na América-Latina e no Brasil, não existem dados substanciais sobre a DRC. Essa escassez de dados é compreendida tanto pela possibilidade do não reconhecimento do problema, muitas vezes silencioso, quanto pela subnotificação dos casos diagnosticados (Soares et al. 2008). Neste sentido, Soares et al. (2008) afirmam que é

difícil comparação sobre a taxa incidência e prevalência de DRC em diferentes países do mundo, devido à escassez de registros confiáveis e pelas diferenças metodológicas entre os estudos existentes, além de que os dados disponíveis se referem a pacientes já em fase terminal. Sobre a incidência da DRC, Romão Junior (2004) observa índices anuais aproximados de 160 a 256 crianças com doença renal no Brasil, sendo que 10% dessas crianças com idade abaixo de 16 anos precisam de transplante.

Em relação à população adulta, dentre os poucos dados brasileiros, o número de casos de com DRC vem aumentando progressivamente, relacionando-se ao aumento das taxas de casos de diabetes, de hipertensão arterial e de obesidade (Soares et al. 2008). Em outro trabalho realizado somente no Estado de São Paulo, observou-se uma taxa de 23,4 casos de pacientes com insuficiência renal (Nogueira et al., 2011), número inferior aos resultados obtidos nos países como Estados Unidos que apresentou 85 casos (Collins et al. 2010), na Europa com 62 casos no ano de 2000 (Van Der Heijden, Van Dijk, Verrier-Jones, Jager, & Briggs, 2004), e a Nova Zelândia e Austrália tiveram 50 casos (Orr, McDonald, McTaggart, Henning & Craig, 2009).

1.4 Tratamento dos pacientes com DRC

O tratamento dos portadores de DRC é rigoroso, pois exige uma dieta específica, controle da ingestão de líquidos, hemodiálise, diálise peritoneal e até mesmo transplante renal (Maciel, 2002 apud Gorayeb, 2015). O enfoque terapêutico da IRC deve começar desde o início do diagnóstico para evitar a progressão da lesão renal e maximizar o crescimento próximo do ideal desejado, além de ser de extrema importância identificar alterações clínicas e metabólicas associadas (Riyuzo et al. 2003).

De acordo com Soares et al. (2008), antes do início dos procedimentos, a fase pré-diálise envolve intervenções nos fatores que deterioram a função renal, a adequada

abordagem da nutrição, da anemia, dos distúrbios metabólicos e ácido-básicos, programas educacionais e de suporte para familiares e pacientes, a garantia de um adequado acesso vascular e a indicação da terapia de substituição da função renal em um tempo “ótimo”. O autor esclarece ainda que essa fase é importante para que o paciente seja orientado de modo adequado, encaminhado a uma equipe especializada de caráter interdisciplinar e com enfoque biopsicossocial, para que receba suporte psicológico adequado, assim como sua família.

Existem diversas formas de tratamento (Gorayeb, 2015) dos quais a hemodiálise, que leva em média cerca de 4 horas com periodicidade de 3 a 4 vezes por semana, e se refere ao processo de filtração de líquidos e metabólitos por meio de uma máquina, sendo necessário realizar o procedimento por meio de uma pequena cirurgia (Martins, & Rocha Júnior, 2001).

A Diálise Peritoneal demanda a realização de uma cirurgia que visa à implantação de um catéter no inferior do abdômen. Assim que um líquido da solução da diálise é infundido no paciente, todas as toxidades caminham para essa membrana peritoneal para ser filtrada e assim, ser drenada depois de algumas horas (Gorayeb, 2015). A diálise pode ser realizada no ambulatório, por meio de um sistema de catéteres e bolsas plásticas e pela diálise automática, que consiste no método mais moderno, realizada por uma máquina cicladora que drena cavidade peritoneal na casa do paciente. Este procedimento é realizado à noite, enquanto o paciente dorme (Gorayeb, 2015). Tem-se ainda como tratamento, o transplante renal, que é o procedimento cirúrgico no qual se coloca um rim saudável de um indivíduo em substituição do rim prejudicado (Gorayeb, 2015).

1.5 Doença renal crônica em crianças e adolescentes

Apesar de ser uma população menos acometida do que os adultos, a infância merece atenção especial, pois é uma fase de crescimento e desenvolvimento neurológico, emocional e toda inserção social é muito importante (Soares et al., 2008). Quando acometida por DRC, a criança pode ter crescimento retardado, associado a fatores como desnutrição, osteodistrofia, anormalidades hormonais e pela administração de medicamentos (Rossi, 2006). Os sintomas iniciais da DRC em crianças são vagos, sendo importante obter dados do histórico familiar quando houver suspeita de diagnóstico. Os sintomas mais comuns no início do quadro são inchaço e hipertensão. Dores de cabeça, fadiga, náusea e anorexia mostram-se como secundários (Kaplan & Meyers 2004 *apud* Rossi, 2006).

As alterações da rotina e limitações no estilo de vida ocasionados pela doença trazem sentimento de insegurança, medo, alteração da percepção da imagem e estresse (Abreu, Nascimento, Lima & Santos, 2015). Evidenciam esses sentimentos as entrevistas realizadas por Vieira et al. (2009) para compreender a experiência das crianças com idade entre 4 e 12 anos, com DCR, que estavam sendo atendidas no ambulatório de nefropediatria e na unidade de Hemodiálise de um Hospital Escola do interior de São Paulo.

Abreu et al. (2015) afirmam que a frequência das hospitalizações, tratamento intensivo e doloroso resultam em limitações na rotina da criança que podem impedi-la de frequentar determinados ambientes, faltando a aulas e tendo prejuízos das relações sociais. Todos esses fatores, segundo o autor, provocam uma mudança de comportamento da criança que necessita do apoio da família como cuidadora principal.

Pessoas com DRC têm suas vidas modificadas, devido a hospitalizações recorrentes, procedimentos de hemodiálise e demandas terapêuticas, levando a alterações no estilo de vida (Gorayeb, 2015). De acordo com Almeida (1994) *apud*

Gorayeb (2015), ocorrem alterações nas condições econômicas devido a mudanças nas atividades profissionais dos pais das crianças portadores de DRC, que têm sua rotina escolar e lazer prejudicadas. Crianças e seus cuidadores vivem uma série de frustrações que resulta da perda de interesse pelo mundo externo e deterioração da imagem física (Masiá, Moreno & Brieva, 1993 *apud* Gorayeb, 2015). Soma-se a isso a depressão, que se apresenta nos primeiros meses de tratamento, e em muitos casos persiste ao longo do tempo, prejudicando a qualidade de vida, levando ao risco de suicídio, dificuldade de adesão ou abandono do tratamento e afetando o sistema imunológico do paciente (Almeida, 2003).

As causas iniciais de lesão renal variam de acordo com a região do mundo e faixa etária do paciente, mas as principais incluem malformações do trato urinário, doenças glomerulares e as doenças hereditárias (Fine, Whyte, Boydston, 2004; Nogueira et al., 2011; Soares et al. 2008). Nogueira et al. (2011) também observaram que a pielonefrite crônica como causa de IRC, em pacientes transplantados em pequena proporção (2,8%), diferente das malformações do trato urinário (MFTU) que corresponderam a quase 25%. É importante que se obtenha a percepção da qualidade de vida das crianças e adolescentes com DRC, uma vez que se entende qualidade de vida a maneira como o indivíduo percebe sua posição na vida dentro de um contexto e de uma cultura, além dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (Abreu et al., 2015). Tanto o paciente com DRC como sua família têm sua qualidade de vida prejudicada devido às consequências advindas da doença, que incluem alterações na rotina devido à demanda terapêutica, constantes hospitalizações e controle clínico (Abreu & Santos, 2014).

Os autores Abreu e Santos (2014) buscaram identificar, por meio de uma revisão de literatura, quais aspectos emocionais, físicos e sociais relacionados à doença e

tratamento são impactantes na qualidade de vida de crianças e adolescentes com IRC. Os resultados obtidos por estes autores indicam que três estudos concluíram que crianças com DRC são impactadas em comportamentos relacionados à autonomia, atividades escolares e aspectos físicos (Abrahão et al., 2010; López, Escribano, Cantanero, Pablos, & Garcia, 2010). Outros dois estudos apresentaram o lazer e família como áreas prejudicadas, porém evidenciam a autonomia como o comportamento mais prejudicado nas crianças renais crônicas (Rubik, Grenda, Jakubowska-Winecka & Dabrowska, 2000).

Pesquisas realizadas por Goldstein et al. (2009) e Abreu e Santos, (2014), compararam qualidade de vida relacionada à saúde em crianças e adolescentes com IR e mostraram que os pacientes que foram submetidos ao tratamento conservador, que se refere ao controle da alimentar, inserção de hábitos de vida saudáveis e ingestão de medicamentos, tiveram a qualidade de vida menos prejudicadas do que os que foram submetidos à hemodiálise, processo no qual os pacientes precisam comparecer à unidade de diálise três vezes por semana e permanecer por um tempo mínimo de 4 horas. Neste sentido, observa-se que os impactos para a qualidade de vida e desenvolvimento dos adolescentes também são grandes. Considerado um período de transição da infância para idade adulta, a adolescência tem se tornado mais extensa e complexa com o passar do tempo, pois além das mudanças corporais, de ideias e gostos, o adolescente teme não ser aceito pela sociedade que muito lhe exige (Becker, 2017). De tal maneira, o acometimento pela DRC, pode contribuir para que esta fase da vida seja mais conflituosa, pois lhes resulta em muitas restrições e transformações.

Assim, os adolescentes com DCR podem apresentar maiores chances de ter sua saúde mental afetada, quando comparados aos adolescentes sadios (Ramos et al., 2015).

Além de ter que desenvolver estratégias para lidar com alterações nas relações

sociais, presença da DRC em adolescentes exacerba sentimentos de raiva, negação, vergonha, medo, ansiedade tristeza, irritação, preocupação quanto sua independência (Jorge et al., 2011). Os adolescentes entrevistados por Ramos et al. (2015) relataram desgaste físico e emocional mais intenso em relação ao tratamento dialítico do que as condições da própria doença, pois é um processo que demanda tempo, prejudicando ainda mais sua rotina. Além disso, a adolescência é marcada pela dificuldade em lidar com as limitações, privações e o estresse advindo da condição crônica, tornando os problemas psicológicos mais acentuados. Neste íterim a depressão, que pode ser entendida pela perda de reforçadores e submissão a uma condição crônica prolongada, tende a se manifestar (Finger et al., 2011).

1.6 Aspectos gerais da doença crônica e o comportamento infantil

A partir do behaviorismo, o comportamento caracteriza a espécie humana como uma relação entre organismo e ambiente. Sendo assim, comportamento é toda a atividade desenvolvida por um indivíduo mediante um determinado estímulo proveniente do meio que o circunda (Castro & Gross, 2013). A análise do comportamento estuda a interação do comportamento com seu ambiente, a partir da seleção por consequências. O termo ambiente refere-se a todos os eventos, pessoas e objetos - estes são chamados de estímulos (Martin & Pear, 2009).

Skinner compreende o comportamento humano a partir de um encadeamento de três termos: filogênese, ontogênese e sociogênese. Sendo eles, os fatores externos que produzem uma resposta, que, por sua vez, gera uma consequência positiva ou negativa (Sampaio, 2005). Portanto, um comportamento está interligado com os estímulos antecedentes e suas consequências, tendo os três termos como contingências (Sampaio, 2005).

Os períodos críticos para o desenvolvimento são a infância e adolescência, uma vez que a criança depende ainda mais das pessoas a sua volta para assegurar sua sobrevivência, e a adolescência corresponde a um período de transição, descobertas, inseguranças e de processamento do aprendido na infância, influenciando nas contingências presentes (Diniz et al., 2006).

A sociedade estabelece um padrão comportamental a ser adotado por seus indivíduos, segundo gênero e idade, e, quando eles não se comportam de maneira esperada, diferindo da normalidade, podemos considerar que o comportamento está alterado (Sampaio, 2005).

A doença crônica altera as contingências do meio ambiente, passando o indivíduo a responder diferentemente a ele. Torna-se assim imprescindível compreender a relação da doença renal crônica e o comportamento infantil. Assim, ela tem sido definida como perturbação de saúde que persiste por uma longa duração, podendo perpetuar-se por toda uma vida (Castro & Gross, 2013).

Estudos epidemiológicos mostram que aproximadamente 15% das crianças padecem de alguma enfermidade crônica (Van Der Lee et al., 2007), o que constitui por si, um grande fator de risco para distúrbios comportamentais. Alguns achados em literatura (Castro & Gross, 2013) afirmam que as hospitalizações constantes, tratamento medicamentoso contínuo e alguns procedimentos, por vezes dolorosos, comprometem as competências sociais e acadêmicas das crianças. Neste sentido, os maiores problemas e alterações comportamentais apresentadas por crianças com DC estão relacionadas ao do tipo de doença em questão (Castro & Gross, 2013; Teubert & Piquart, 2010). E assim, tem-se também que crianças doentes cronicamente representam uma classe de maior risco para problemas de aprendizado e bem-estar emocional (Teubert & Piquart, 2010).

De acordo com Barlow e Ellard (2006), quando a criança encontra dificuldades em se ajustar ao seu meio, ela apresenta alterações de comportamento que podem se manifestar de maneira introspectiva, como ansiedade, depressão e isolamento social, atos de agressividade, rompimento de regras, euforia. Os autores salientam ainda que tais alterações comportamentais promovem desequilíbrio nas relações interpessoais e na estrutura social de uma comunidade.

A dor crônica advinda de uma patologia é considerada por Castro e Gross (2013) como fator que aumenta a chance de ocorrência de uma desordem introspectiva. De tal maneira, esses comportamentos têm uma função social, ou seja, o indivíduo se comporta com algum objetivo, como conseguir atenção (Wallender & Varni, 1998).

O estágio de desenvolvimento cognitivo no qual se encontra a criança tem influência sobre sua percepção dos sintomas e a forma como vivencia a doença, incluindo a aceitação do tratamento e cuidados médicos (Castro & Gross, 2013). Além da cognição, as habilidades sociais, compreendidas por Merrell e Gimpel (1998) como um conjunto de comportamentos aprendidos com função adaptativa do organismo ao ambiente, têm grande influência no enfrentamento e manejo da criança para com sua enfermidade.

1.7 DRC e comportamento infantil

Um comportamento só é válido na interação com o outro, por isso as interações interpessoais são importantes para o desenvolvimento humano (Diniz et al., 2006). As manifestações comportamentais mais comuns das crianças são as queixas somáticas e o isolamento social no início do tratamento, além do aumento da labilidade emocional e agressividade (Castro & Gross, 2013). As crianças que são submetidas ao tratamento esteroidal apresentaram comportamentos agressivos e de déficit de atenção (Castro &

Gross, 2013). Já Soliday, Kool & Lande (2001) encontraram pontuações anormais de ansiedade, depressão e comportamento agressivo em cinco das sete crianças com doença crônica, representando a relação da doença, tratamento e alterações comportamentais (Castro & Gross, 2013).

A família tem papel crítico no desenvolvimento da criança, já que é primeira instância controladora de seus comportamentos. Também é propiciadora para inserção em novos ambientes e contato com o mundo social e educacional, desenvolvimento de habilidades sociais e ensino de papéis e valores (Barros, 2015). De acordo com Painço (2006), a família é a principal responsável para o manejo do tratamento da criança, tendo em vista que ela ainda não apresenta repertório para compreensão de todo o processo. Apesar disso, o autor ressalta que considerar opiniões e sentimentos da criança é fundamental para o tratamento.

A maneira com que os pais se comportam e se relacionam com seus filhos também sofre influências de determinantes como contexto social, econômico e cultural no qual estão inseridos, além de toda sua história de vida (Barros, 2015). Diante da DRC, o comportamento dos pais em relação à criança se modifica, e podem ser observadas características como superproteção, culpa e dificuldade em contar o diagnóstico (Chesler, Paris, & Barbarin, 1986). Chesler et al. (1986) relatam que os pais podem adotar dois padrões comportamentais distintos, em que o primeiro deles é a aproximação protetiva, que sugere que eles não informam a criança sobre seu quadro clínico no intuito de protegê-la, e o segundo a aproximação aberta, na qual os pais não informam a criança sobre o problema, porém, a mesma percebe a doença e sua gravidade. A criança continua desinformada e sofre respostas emocionais como o sentimento de solidão e respostas encobertas como a fantasia a respeito da sua situação. Ambos os modos de se comportar dos pais descritos acima mostram falta de habilidade

e conhecimento a respeito de como conduzir a situação estressante e manejar as informações (Barros, 2015).

O termo “não-adesão adaptativo” é usado para descrever os comportamentos de pais que não seguem as orientações recomendadas pelos médicos de modo intencional e consciente, confiando mais no conhecimento popular (Kohlsdorf & Costa Junior, 2008).

Estes comportamentos dos pais retratam a dificuldade em lidar com as mudanças advindas da doença e alguns apresentam dificuldades de aceitação da doença de seus filhos. A pouca compreensão da doença e do tratamento e o baixo repertório de habilidades para cuidado com a doença e suas limitações podem ser fatores que justificam a baixa adesão às recomendações médicas (Kohlsdorf & Costa Junior, 2008). De tal modo, orientar a família de forma adequada é essencial, visto que ela pode atenuar os efeitos negativos da doença, promovendo para a criança um ambiente adequado ao seu envolvimento em atividades sociais (Castro & Piccinini, 2002).

Considerando as implicações decorrente da DRC, vale destacar o papel dos profissionais da saúde, em especial do psicólogo. A importância de uma atuação pautada no modelo biopsicossocial, visa amenizar a percepção que a criança tem sobre a doença e tornar o processo mais ou menos doloroso, dado que tal concepção considera a repercussão da doença no bem-estar mental, social e emocional do indivíduo. Assim sendo, a atenção deve ser voltada para além da cura dos sintomas físicos da enfermidade (Castro & Piccinini, 2002).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Identificar e descrever o perfil comportamental das crianças e adolescentes, bem como avaliar as principais características sociodemográficas e as intervenções realizadas na área a partir de uma revisão sistemática da literatura nacional e internacional.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever os principais instrumentos utilizados e o delineamento metodológico dos estudos.
- Comparar os achados entre estudos internacionais e nacionais sobre o tema.
- Avaliar os principais preditores para a adesão ao tratamento em crianças e adolescentes com DRC.

MÉTODO

3.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e exploratório, utilizando-se de uma revisão sistemática a partir de estudos observacionais e experimentais sobre a caracterização das crianças e adolescentes com DRC.

3.2 Pergunta de pesquisa

A estratégia de pergunta de pesquisa foi desenvolvida a partir do modelo PICO (Paciente/problema, Intervenção/indicador, Controle/Comparação e “*Outcomes*” (desfecho), que são os principais componentes da etapa prática baseada em evidência, conforme o Quadro 1. Assim sendo, buscou-se responder à questão “quais são as principais características de pacientes com DRC?”.

Quadro 1. Apresentação do sistema PICO.

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente, população ou problema	Crianças e adolescentes que apresentem doença renal crônica em diferentes contextos (internações, rotina familiar e escolar).
I	Fenômeno de Interesse	Qualquer estudo que caracterize a população estudada. Também foram considerada as intervenções que avaliem a efetividade de programas de adesão a diferentes tratamentos dessa população (dietas, hemodiálise, etc.).
C	Contexto	Pacientes com DRC que estejam fazendo hemodiálise.
O	Desfecho “outcomes”	Principais características sociodemográficas e psicopatológicas de crianças e adolescentes que apresentam DRC.

3.3 Bases de dados

As bases foram escolhidas posto que são significativas em nível internacional, por conterem artigos específicos da Psicologia e também pela facilidade em extrair os dados a partir de *softwares* específicos de revisão sistemática. A saber: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PUBMED, PsycINFO, e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Como forma de encontrar trabalhos de dissertações e teses ainda não publicados em periódicos, também foi realizada uma busca em literatura cinza no banco de dados de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

3.4 Protocolo de busca

As etapas que foram seguidas nessa revisão sistemática deram-se a partir do protocolo PRISM. Inicialmente, as palavras-chave foram escolhidas a partir da leitura de artigos de revisão sistemática, metanálise, títulos do resumo e descritores específicos, como o DECS e MESH, conforme o Quadro 2. Sendo que a segunda etapa, que é a seleção dos artigos, foi realizada pelo *software* Rayyan QCRI, de domínio livre. O programa permite a exportação dos dados de cada base de dados e permite também que diferentes juízes possam fazer a avaliação dos manuscritos de forma independente e sigilosa. Sendo possível que, depois de tal avaliação, comparem-se os resultados de maneira aberta. Existem diferentes formas de avaliação dos manuscritos, como as nuvens de palavras, seleção pelo título, resumo, ano, autores, país, idioma etc.

Quadro 2. Primeira etapa da escolha das palavras chave nos três idiomas de busca do estudo.

Inglês	Português	Espanhol
Adheren*	Adesão	adhesión
Adherence	adesão à medicação	adhesión a la medicación
anxiety	ansiedade	ansiedad
Chronic kidney disease	Atendimento psicológico	Atención psicológica
chronic renal failure	auto-eficácia	autoeficacia
cognitive behavioral	Autoeficácia	La autoeficacia
compliant*	Autogerenciamento	autogestión
Depression	Cognitivo comportamental	Cognitivo conductual
dialys*	conformidade do paciente	comportamiento cognitivo
Dialysis	depressão	conformidad del paciente
Diet	diálise	depresión
Educational	diálise peritoneal	diálisis
Empowerment	Diálise Renal	diálisis peritoneal
Epidemic	dieta	Diálisis Renal
Fluid	Doença crônica	dieta
Haemodialys	Doença renal crônica	Enfermedad crónica
Health-related	educacional	Enfermedad renal crónica
Hemodialys*	Ensaio clínico	educativo
Hemodialysis	Epidemia	Ensayo clínico
Interdialytic weight gain	Estresse	Epidemia
Intervention	Falência Renal Crônica	Estrés
kidney transplantation	fluido	Quiebra Renal Crónica
Medication	fortalecimento	Líquido
medication adherence	Ganho de peso interdialítico	Fortificación
		Interdialítico
non-compliant	Insuficiência renal	
		Hemodiálisis
Nonadherence	insuficiência renal crônica	
		Insuficiencia renal
Noncompliant	Intervenção	
		insuficiencia renal crónica
patient compliance		
peritoneal dialys*	Intervenção	Intervención
Psychoeducational	Psicoeducacional	
		Intervención psicoeducativa
intervention	Intervenção psicológica	
Psychological attendance	Medicação	Intervención psicológica
Psychological intervention	não aderente	medicación no adherente
Quality of Life	não complacente	
renal dialysis	não-adesão	Calidad de vida
renal failure	Qualidade de Vida	Relacionado con la salud
Renal Insufficiency	Relacionado à saúde	
		no complacente la falta de adhesión
self-efficacy	TCC	TCC
Self-efficacy	transplante renal	trasplante renal
Self-management		intervención
Stress		
TCC		

Após a discussão entre os juízes e releitura dos objetivos do projeto, foram elaboradas as seguintes estratégias de busca a partir de cada base investigada. O Quadro 3 mostra o protocolo para o PUBMED.

Quadro 3. Protocolo de busca para o PUBMED.

	PUBMED	Sem Filtro (n)
P1	(Adheren* OR Adherence) OR anxiety complian* OR depression) OR diet) OR fluid) OR Interdialytic weight gain) OR Self-efficacy) OR Self-management) OR Stress) AND Chronic kidney disease) OR chronic renal failure) OR cognitive behavioral) AND Psychoeducational intervention) OR Psychological attendance	2342
P2	(Chronic kidney disease OR chronic renal failure) AND (Psycho* intervention OR attendance)	174
P3	anxiety OR depression OR Stress) AND (Chronic kidney disease OR chronic renal failure)	3863
P4	(Self-efficacy OR Self-management) AND (Chronic kidney disease OR chronic renal failure)	849

O Quadro 4 se refere ao protocolo da base da PsycINFO.

Quadro 4. Protocolo de busca para PsycINFO.

	PsychoINFO	Sem Filtro (n)
P1	(Adherence OR non? adheren* OR complian* OR non? complian) AND (Chronic kidney disease OR chronic renal failure)	246
P2	(anxiety OR depression OR Stress) AND (Chronic kidney disease OR chronic renal failure)	742
P3	(Self-efficacy OR Self-management) AND (Chronic kidney disease OR chronic renal failure)	142
P4	(Chronic kidney disease OR chronic renal failure) AND (Psycho* intervention OR attendance)	192
P5	(Adheren* OR Adherence) OR anxiety complian* OR depression) OR diet) OR fluid) OR Interdialytic weight gain) OR Self-efficacy) OR Self-management) OR Stress) AND Chronic kidney disease) OR chronic renal failure) OR cognitive behavioral) AND Psychoeducational intervention) OR Psychological attendance)	3926

O Quadro 5 se refere ao protocolo da base da Scielo.

Quadro 5. Protocolo de busca para Scielo.

	SCIELO	Sem Filtro (n)
P1	(ansiedade OR depressão OR Estresse) AND (doença renal crônica OR insuficiência renal crônica)	55
P2	(Autoeficácia OR automanejo OR autogerenciamento) AND (doença renal crônica OR insuficiência renal crônica)	1
P3	(Aderência OR ansiedade OR depressão OR dieta OR líquido OR ganho de peso interdialítico OR Líquido OR Estresse OR Auto-eficácia OR autogestão) AND (doença renal crônica OR insuficiência renal crônica) AND (intervenção psicoeducacional OR assistência psicológica)	0
P4	(Doença renal crônica OR insuficiência renal crônica) AND (intervenção psico* OR assistência)	46
P5	(ansiedad OR depresión OR Estrés) AND (enfermedad renal crónica OR insuficiencia renal crónica)	58
P6	(Autoeficacia OR autogestión) AND (enfermedad renal crónica OR insuficiencia renal crónica)	4
P7	(Adherencia OR ansiedad OR depresión OR dieta OR fluido OR Aumento de peso interdialítico OR Líquido OR Estrés OR Autoeficacia OR autogestión) AND (enfermedad renal crónica OR insuficiencia renal crónica) AND (intervención psicoeducativa OR asistencia psicológica)	0
P8	(Enfermedad renal crónica OR insuficiencia renal crónica) AND (intervención psico* OR asistencia)	63
P9	(Adheren*) OR Adherence) OR anxiety complian*) OR depression) OR diet) OR fluid) OR Interdialytic weight gain) OR Self-efficacy) OR Self- management) OR Stress) AND Chronic kidney disease) OR chronic renal failure) OR cognitive behavioral) AND Psychoeducational intervention) OR Psychological attendance)	126
P10	(Chronic kidney disease OR chronic renal failure) AND (Psycho* intervention OR attendance)	22
P11	(anxiety OR depression OR Stress) AND (Chronic kidney disease OR chronic renal failure)	38
P12	(Self-efficacy OR Self-management) AND (Chronic kidney disease OR chronic renal failure)	1

O Quadro 6 se refere ao protocolo da base da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Quadro 6. Protocolo de busca para BVS.

	BVS	Sem Filtro (n)
	(ansiedade OR depressão OR Estresse) AND (doença renal crônica OR insuficiência renal crônica)	4188
	(Autoeficácia OR automanejo OR autogerenciamento) AND (doença renal crônica OR insuficiência renal crônica)	101
	(Aderência OR ansiedade OR depressão OR dieta OR líquido OR ganho de peso interdialítico OR Líquido OR Estresse OR Auto-eficácia OR autogestão) AND (doença renal crônica OR insuficiência renal crônica) AND (intervenção psicoeducacional OR assistência psicológica)	0
	(Doença renal crônica OR insuficiência renal crônica) AND (intervenção psico* OR assistência)	5521

(Adherencia OR ansiedad OR depresión OR dieta OR fluido OR Aumento de peso interdialítico OR Líquido OR Estrés OR Autoeficacia OR autogestión) AND (enfermedad renal crónica OR insuficiencia renal crónica) AND (intervención psicoeducativa OR asistencia psicológica)	0
(Enfermedad renal crónica OR insuficiencia renal crónica) AND (intervención psico* OR asistencia)	5387
(ansiedad OR depresión OR Estrés) AND (enfermedad renal crónica OR insuficiencia renal crónica) AND (intervención psicoeducativa OR asistencia psicológica)	4184
(Autoeficacia OR autogestión) AND (enfermedad renal crónica OR insuficiencia renal crónica)	91
(Adherence OR non? adheren* OR complian* OR non?complian) AND (Chronic kidney disease OR chronic renal failure)failure) OR cognitive behavioral) AND Psychoeducational intervention) OR Psychological attendance)	2477
(anxiety OR depression OR Stress) AND (Chronic kidney disease OR chronic renal failure) AND (Psycho* intervention OR attendance)	4.977
(Self-efficacy OR Self-management) AND (Chronic kidney disease OR chronic renal failure)	1577
(Chronic kidney disease OR chronic renal failure) AND (Psycho* intervention OR attendance)	5194

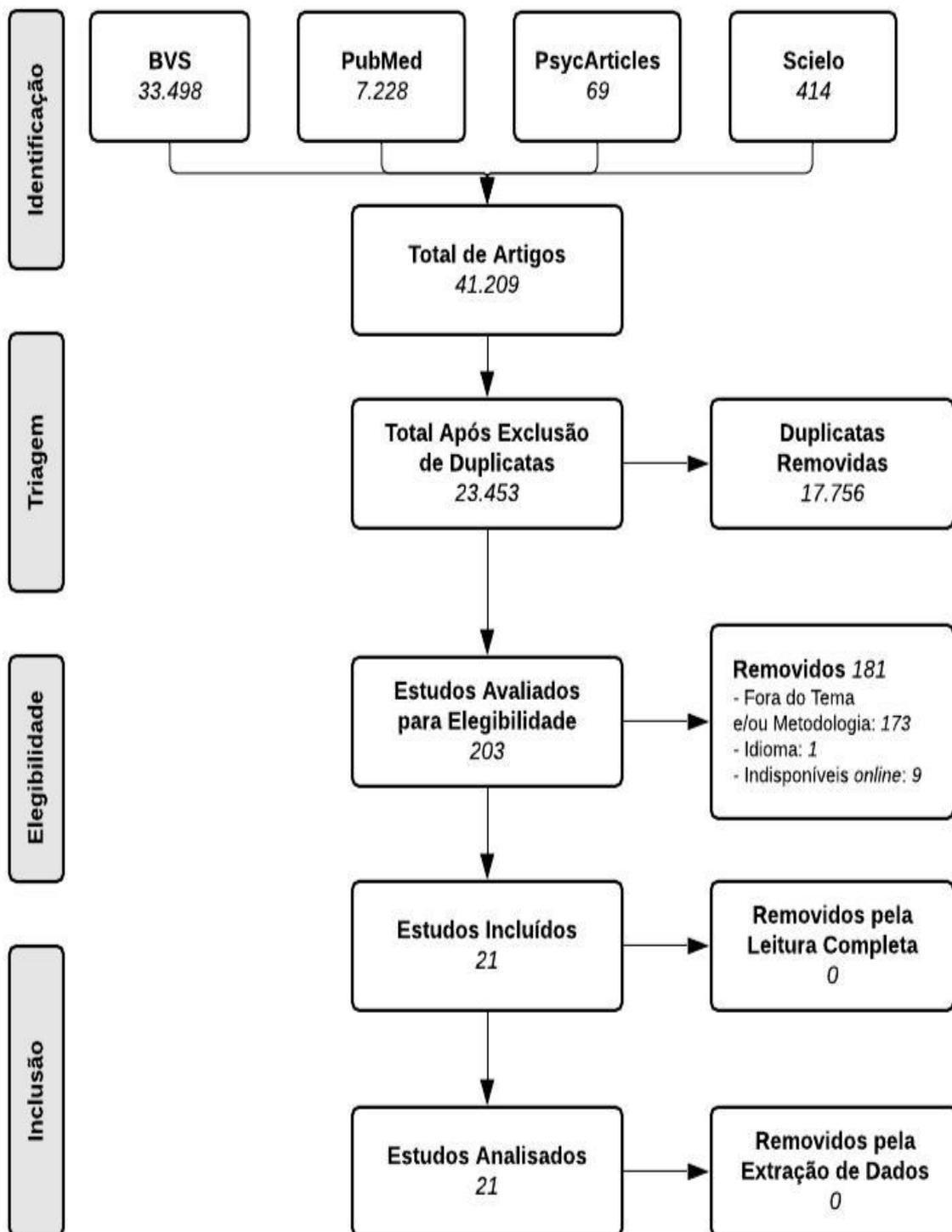
O Quadro 7 indica o perfil de inclusão e exclusão dos manuscritos.

Quadro 7. Critérios de inclusão e exclusão.

INCLUSÃO	EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Qualidade de vida - Depressão e Ansiedade - Gerenciamento emocional - Adesão ao tratamento - Paciente DRC 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisões (de literatura, sistemática, meta-análise) - Características/qualitativos (ou seja, não interventivos) - Outras doenças (diabetes, coração) - Transplante (antes ou depois) - Artigos que não deixam claro a metodologia - Idioma

O fluxo de análise dos artigos pode ser visualizado na Figura 1, conforme a estratégia PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), elaborado por um grupo internacional de pesquisadores, cujo objetivo é guiar a apresentação dos dados de uma revisão, de forma sistemática e precisa (Moher et al., 2015).

Figura 1. Fluxograma do acrônimo PRISMA.



Fonte: Moher et al. (2015).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados bem como a discussão foram realizadas a partir das categorias pré-definidas de análises para cada um dos artigos avaliados. O país de coleta de dados é um importante indicativo de onde se concentram as pesquisas sobre DRC e seu rastreamento permite o melhor planejamento de ações preventivas e assistenciais. Nesse sentido, o aumento de casos reportados da doença pode ser indicado pelo envelhecimento da população e transição demográfica em vários países, além de ser também, decorrente de outras doenças em crescimento, como hipertensão arterial e diabetes (Park, Baerk & Jung, 2016).

Vários estudos indicam altos índices de DRC. Nos Estados Unidos, por exemplo, a prevalência geral de DRC entre mais de 13 mil adultos não institucionalizados com idade maior ou igual a 20 anos foi de 13,1%; na China, a prevalência é de 10,8% com base em mais de 47.000 pessoas com idade maior ou igual a 18 anos; enquanto na Coreia do Sul, foram relatados casos de 13,7% entre 2.356 civis urbanos com idade maior ou igual a 35 anos (Park et al.,2016).

Em países desenvolvidos, estima-se que a prevalência de casos de DRC esteja entre 10 e 13% na população adulta; porém, nos países em desenvolvimento, os dados de prevalência são limitados e heterogêneos (Sesso, Lopes, Thomé, Lugon & Martins, 2017). A estimativa da prevalência da DRC no Brasil ainda é incerta (Marinho, Penha, Silva & Galvão, 2017). Em 2017, foram relatados aproximadamente 126.583 pacientes em diálise no Brasil, o que significa 3% da população brasileira (Sesso et al., 2017). Os mesmos autores relatam que as causas primárias mais frequentes de DRC em pacientes, no ano de 2017, foram hipertensão arterial e diabetes. Além disso, os centros ativos de diálise tiveram uma estimativa de aumento em 37,8% no ano de 2002, sendo que esse número indica também um acréscimo de 3.758 pacientes (3%) em um ano (Sesso et al.,

2017).

Nesse estudo, não houve relação nos países encontrados. Dos 21 artigos pesquisados, três se deram no Brasil; três, em Singapura; e três, nos Estados Unidos. Dos trabalhos cujas coletas foram realizadas, a Turquia correspondeu a dois. Na Coreia do Sul, na Inglaterra, na Irlanda, na Malásia e no México, a quantidade de artigos que abordam a temática correspondeu a um.

Tabela 1. Frequência de artigos a partir do país de origem.

País de coleta	F	%
Brasil	3	14,3
Cingapura	3	14,3
Espanha	3	14,3
Estados Unidos	3	14,3
Turquia	2	9,52
Coréia do Sul	1	4,76
Inglaterra	1	4,76
Irlanda	1	4,76
Malásia	1	4,76
México	1	4,76
Nigéria	1	4,76
Não Informado	1	4,76
Total	21	100

Na maioria das pesquisas analisadas, a coleta de dados ocorreu em hospitais ou clínicas de hemodiálise em que os pacientes eram atendidos, como mostrado na Tabela 2.

Tabela 2. Local de coleta dos dados da pesquisa.

Local de coleta dos dados	F	%
Hospital ou Clínica de Hemodiálise	18	85,71
Não informado	3	14,29
Total	21	100

Após a análise destes estudos, pode-se hipotetizar que a escolha por estes locais ocorreu por conveniência, além da facilidade de aplicação dos instrumentos, uma vez que, exceto em um trabalho, os dados foram coletados antes, durante ou depois da

sessão de diálise ou hemodiálise. Segundo o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, até 2006, havia 70.873 pacientes em terapia renal substitutiva, sendo que o tratamento predominante foi a hemodiálise. Essa é uma técnica de filtração que utiliza a difusão e a ultrafiltração para a remoção de toxinas do sangue, sendo um procedimento paliativo.

Supõe-se que a longa duração das sessões de hemodiálise (4 a 5 horas), aliada a periodicidade (em média três vezes por semana) (Beltrame, Hardt, Madureira, Agnol & Silva, 2011), possibilitou a aplicabilidade dos questionários nos hospitais e centros de hemodiálise, que pode ser realizada enquanto o paciente realiza ou espera para realizar o procedimento, justificando assim que grande parte de pesquisas da área da saúde tenha como local coleta os hospitais.

A exemplo da conveniência da coleta no ambiente hospitalar, destaca-se um estudo descritivo de corte transversal realizado por Beltrame et al., (2011), cujo objetivo foi identificar as intercorrências e as ações da enfermagem no tratamento hemodialítico de 30 pacientes com IRC em tratamento, em hospital do meio oeste de Santa Catarina. A coleta de dados foi realizada no próprio hospital, tendo como método a observação direta e coleta de informações pelos prontuários. As pesquisadoras também consideraram os aspectos socioculturais, aplicando o questionário na forma de entrevista, o que não poderia ser feito se não houvesse acesso aos pacientes, que responderam aos questionários durante seus dias e horários de atendimento e durante a hemodiálise. Embora nesse estudo tenha sido encontrado predomínio de pesquisas realizadas em ambiente hospitalar, Romano (1999) destaca que há poucas pesquisas com foco na psicologia hospitalar. Dado este que o próprio autor considera ser contraditório uma vez que ainda existem discussões acerca das funções do psicólogo no âmbito hospitalar. Nesse sentido, o autor ressalta ainda que a Psicologia Hospitalar é

uma área em crescimento, cuja definição de campo de atuação e de papel ainda é incerto, entretanto, sua importância de atuação multiprofissional e realização de cursos especializados na área é indiscutível.

No que se refere à amostra (Tabela 3), foram analisados o tamanho amostral dos estudos (n), a idade, o estágio de tratamento (se transplantado, em diálise ou em hemodiálise) e o sexo dos participantes. Todos os artigos analisados incluíram homens e mulheres em sua mostra.

Tabela 3. Características da amostra a partir do estágio de tratamento, tamanho amostral, e faixa etária.

		Total	
		F	%
Amostra			
	Pacientes em hemodiálise ou diálise peritoneal	12	57,14
Estágio de tratamento	Amostra mista (pacientes em hemodiálise ou diálise peritoneal e transplantados)	6	28,57
	Não informado	3	14,29
	Quantidade da Amostra (N)		
	< 30	2	9,52
	30 – 100	9	42,86
	101 – 200	4	19,05
	201 – 300	2	9,52
	301 – 400	0	0
	401 – 500	1	4,76
	> 500	3	14,29
Faixa Etária	até 14	1	4,76
	15 – 30	1	4,76
	31- 60	14	66,6
	61 – 90	2	9,52
	Não informado	3	14,29

Os resultados mostraram que 57,14 % dos participantes das pesquisas estavam em estágio de tratamento de diálise ou hemodiálise. Segundo Rudnicki (2014), a hemodiálise é o meio de tratamento mais usado pelos pacientes e se refere ao processo terapêutico no qual o sangue é removido do corpo e bombeado por uma máquina para um dialisador, que funciona como um rim artificial filtrando os resíduos metabólicos do sangue e o devolvendo purificado ao corpo da pessoa. Esse procedimento altera a QV dos pacientes, frequentemente afetados por intercorrências clínicas com dor, câimbras, náuseas, vômitos, diarreia, mudança na rotina, restrição de exercícios físicos e alimentação, atividades recreativas, além de exercer influência na percepção corporal e autoestima. Ainda assim, a hemodiálise está entre as terapias para doenças de caráter crônico que mais prolongam a vida do paciente (Barbosa, Andrade Jr & Bastos, 2007). Portanto, embora aumente a expectativa de vida, diálise peritoneal e hemodiálise são os tratamentos que mantêm a vida do paciente, porém não curam a doença.

De acordo com os dados sociodemográficos dessa população, a idade avançada, aspectos socioculturais e escolaridade são fatores de risco para DRC (Lopez-Vargas, MPH, Tong, Howell & Craig. Não há resultados significativos em relação ao sexo da amostra, porém na literatura nacional (Sesso & Neto, 2000 *apud* Lanza, Chaves, Garcia & Brandão, 2008), observou-se que a prevalência para o sexo masculino em pacientes com IRC, sem justificativas plausíveis para tal fenômeno. No estudo realizado pelos autores Lanza, Chaves,

Garcia & Brandão (2008), a prevalência foi para o sexo masculino (60%), fenômeno também repetido em outro trabalho cuja população era de 184 pacientes, em que a predominância do sexo masculino foi de 63%. As mulheres têm menos complicações de hipertensão do que os homens porque apresentam maior conscientização nos cuidados com a saúde e aderência ao tratamento. Os homens, por

outro lado, hipotetizam a maior gama da população de pacientes renais crônicos (Noblat, Lopes, Lopes, & Lopes, 2004).

Apesar de haver um alerta para o aumento do número de casos de DRC na população infantil, os dados encontrados mostram que a doença acomete mais a população adulta e idosa, seguida dos adolescentes. Segundo Barreto et al., (2016), a prevalência de pessoas com DRC na vida adulta é de 8,9%. Já o crescimento anual dessa população no Brasil, corresponde a 3,6% entre os anos de 2000 a 2012 (Moura, Prestes, Duncan, Thome & Schmidt, 2014). A faixa etária prevalente no presente estudo foi de 31 a 60 anos, correspondendo a 66,6% dos achados. A aproximação desse resultado, feita com o estudo realizado por Martins & Cesarino (2005), que tinha por objetivo avaliar a QV de pessoas com IRC em tratamento hemodialítico, obteve predomínio da faixa etária de 36 a 55 anos.

Dos 21 artigos, ao analisar o ano de publicação (Tabela 4), nota-se que o ano em que mais ocorreu publicação foi 2013, correspondendo a 23,8% dos artigos. Quanto à publicação mais atual, o artigo mais recente data de 2019; já o mais antigo foi publicado no ano 2005. Considerando que as publicações encontradas sobre a temática distam em 14 anos, fica evidente a carência de literatura científica sobre o tema.

Tabela 4. Ano de publicação dos artigos.

Ano de Publicação	F	%
1996	1	4,76
2005	2	9,52
2009	1	4,76
2012	1	4,76
2013	5	23,8
2014	1	4,76
2015	4	19
2016	3	14,3
2017	2	9,52
2019	1	4,76
Total	21	100

A tabela 5 apresenta uma síntese dos artigos encontrado.

Tabela 5. Fichamento dos trabalhos a partir dos autores, país, ano, objetivos, características amostrais e critérios de inclusão dos trabalhos.

Autor	País	Objetivos do trabalho	Amostra	N	Crítérios de inclusão
Steele <i>et al.</i> (1996)	EUA	Avaliar as influências de uma diálise adequada e dos fatores psicológicos sobre a QV de pacientes que receberam diálise peritoneal.	Pacientes com diálise peritoneal com idade entre 26 à 80 anos.	49	Pacientes em diálise peritoneal ambulatorial contínua por no mínimo 3 meses. Não ter diagnósticos psiquiátricos ou não ter tido problemas de saúde antes dos 2 meses do estudo começar.
Dogan <i>et al.</i> (2005)	Turquia	Investigar a relação entre depressão, parâmetros laboratoriais e QV	Pacientes em hemodiálise com idade média 33,2 anos.	43	Idade entre 20 e 60 anos. Estar em HD por pelo menos um ano ou mais, Condição clinicamente estável.
Overbeck <i>et al.</i> (2005)	EUA	Avaliar os fatores que interferem na QV dos pacientes com DRC.	Pacientes transplantados renais e pacientes com doença crônica terminal.	141	Pacientes transplantados ou aguardando transplante.
Alavi <i>et al.</i> (2009)	Turquia	Investigar ansiedade, depressão, QV, e atividades da vida diária.	Pacientes transplantados sob terapia renal substitutiva, sendo 63 para hemodiálise.	163	Ter 18 anos ou mais. Estar sob terapia renal substitutiva por um período mínimo de 2 meses.
Yu <i>et al.</i> (2012)	Cingapura	Avaliar o efeito da terapia de reposição hormonal em pacientes com diálise e insuficiência renal	Pacientes em diálise.	28	Pacientes com mais de 21 anos.

		crônica.			
García-Lana et al. (2013)	Turquia	Investigar a relação entre adesão, estado emocional (depressão, ansiedade e estresse percebido) e QV.	Pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal.	61	Estar em tratamento de hemodiálise ou diálise peritoneal
Griva,et al. (2013)	Cingapura	Comparar a QV e o ajuste emocional entre pacientes em regimes domiciliares de DP e pacientes em programas comunitários de HD2.	Pacientes em hemodiálise.	433	Receber: PD por um período mínimo de 3 meses. HD por um período mínimo de 6 meses. Ter 21 anos ou mais.
Lee et al. (2013)	Coréia do Sul	Examinar a prevalência de depressão e ansiedade entre pacientes ambulatoriais com DRC pré-diálise e as relações entre depressão, ansiedade e QV.	Pacientes em pré-diálise.	2.008	Possuir DRC entre os estágios 3 e 5. Estar ou não em diálise.
Mellon et al. (2013)	Irlanda	Identificar os preditores a partir de variáveis sociodemográficas e emocionais na adesão ao tratamento.	Pacientes em hemodiálise com insuficiência renal terminal.	50	Estar em tratamento de hemodiálise. Ter 18 anos ou mais. Não apresentar diagnóstico de desordem cognitiva.
Santos et al. (2013)	Brasil	Verificar o efeito da diálise no sono, depressão, ansiedade, estresse e QV.	Pacientes com insuficiência renal crônica.	214	Ter entre 8 a 80 anos. Ser candidato a transplante renal com indicação para diálise. Nível cognitivo suficiente para compreender os procedimentos.

Griva et al. (2014)	Cingapura	Comparar a QV, estresse emocional a partir dos níveis de depressão e ansiedade entre pacientes idosos e mais jovens em diálise peritoneal ambulatorial contínua.	Pacientes de Diálise.	201	Passar por DP por no mínimo 3 meses. Ter 21 anos ou mais. Nenhum histórico de diagnóstico psiquiátrico. Não estar hospitalizado no momento da avaliação ou nas 3 semanas anteriores.
Bujang et al. (2015)	Malásia	Investigar a associação entre depressão, ansiedade e estresse na QV de pacientes em diálise.	Pacientes em hemodiálise ou diálise peritoneal.	1.332	Ter 18 anos ou mais. Biodiálise por pelo menos três meses.
Martínez-Sanchi et al. (2015)	Espanha	Avaliar a QV em pacientes com DCR submetidos à diferentes terapias de substituição renal.	Pacientes em tratamento dialítico.	130	Ter doença renal crônica. Serem atendidos pela unidade de nefrologia do hospital universitário.
Moreira et al. (2015)	Brasil	Investigar a resiliência, QV, ansiedade e sintomas depressivos em crianças e adolescentes com DRC.	Pacientes pediátricos pré-diálise com DRC e crianças saudáveis com idade e sexo de escolas públicas localizadas na mesma região geográfica dos pacientes.	56	Crianças e adolescentes com DRC nas fases 1 a 4 da DRC. Estudante de escola pública.
Olagunju et al. (2015)	Nigéria	Investigar a influência da ansiedade, depressão na QV e relacionar ao tratamento na DCR.	Pacientes em diálise não transplantados.	100	Ser alfabetizado. Ter entre 18 e 60 anos. Diagnóstico clínico de DRT 4.
Lerma et al. (2016)	México	Avaliar intervenção comportamental	Pacientes de duas unidades de	60	Ser alfabetizado. Sem histórico de problemas

		cognitiva para reduzir os sintomas de depressão e ansiedade leves e moderados em pacientes com DRT.	hemodiálise..		psiquiátricos. Participar regularmente de sessões de hemodiálise três vezes por semana, por 3 a 4 horas por sessão e por pelo menos 6 meses.
Montilla et al. (2016)	Espanha	Comparar a capacidade preditiva dos sintomas somáticos relatados e de estado de ânimo (depressão e ansiedade) sobre a QV relacionada à saúde (QVRS) em pacientes com doença renal crônica.	Pacientes com DCR em hemodiálise de um distrito sanitário na Espanha.	52	Ter idade igual ou inferior a 60 anos. Estar em tratamento a mais de 6 meses. Não ter nos últimos 6 meses condições clínicas graves.
Ottavian et al. (2016)	Brasil	Analisar a relação entre a ansiedade e depressão e QV de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico.	Pacientes renais em tratamento.	100	Ter idade igual ou superior a 18 anos. Ter diagnóstico de DRC em estágio terminal. Estar em tratamento hemodialítico.
Nguyen et al. (2017)	EUA	Verificar as associações de DRC com depressão, estado de saúde percebido e QV na Pesquisa Nacional de Exame de Saúde e Nutrição (NHANES).	População não institucionalizada de civis dos EUA.	4.017	Não informado.
Rubio et al. (2017)	Espanha	Analisar a QVRS e o estado psicológico (ansiedade e depressão) no início	Pacientes que iniciaram a TRS seja em HD ou PD com média etária	152	Idade igual ou superior a 18 anos. Iniciava a TRS pela primeira vez. Ser capaz de

		da TRS.	de 62.54 anos.		entender e responder aos questionários.
Loucas et al. (2019)	Inglaterra	Avaliar a eficácia do programa de intervenção DISCOVER em adolescentes com DRC.	Adolescentes entre 15 e 18 anos na fila de espera de ambulatórios nos serviços de saúde infantil e adolescente do Reino Unido (CAMHS).	24	Ter entre 15 e 18 anos. Estar na lista de espera no CAMHS para avaliação / tratamento especializado, após encaminhamento para ansiedade e / ou depressão.

A tabela 6 refere-se aos instrumentos utilizados nos estudos analisados. Considerando que cada pesquisa utilizou mais de um instrumento, o total encontrado é superior ao total de artigos encontrados.

Tabela 6. Instrumentos e frequência de uso nos estudos avaliados.

Instrumento	F	%
Hospital Anxiety And Depression Scale (HAD)	10	15,4
Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36)	6	9,23
Beck Depression Inventory (BDI)	4	6,15
Kidney Disease And Quality Of Life Short-Form (KDQOL-SF)	4	6,15
World Health Organization Quality Of Life Brief (WHOQOL-100)	3	4,62
Hamilton Anxiety Scale (HAMA)	2	3,08
Perceived Stress Scale (PSS)	2	3,08
Revised Children's Anxiety And Depression Scale (RCADS)	2	3,08
Self-Efficacy For Managing Chronic Disease 6-Item Scale	2	3,08
The Mood And Feelings Questionnaire (MFQ)	2	3,08
Beck Anxiety Inventory (BAI)	1	1,54
Berlin Questionnaire	1	1,54
Brief Medication Questionnaire (BMQ)	1	1,54
Child Depression Inventory (CDI)	1	1,54
Depression Anxiety And Stressscale (DASS)	1	1,54
Duke Health Profile Questionnaire (DUKE)	1	1,54
End-Stage Renal Disease Symptom Checklist-Transplantation Module (ESRD)	1	1,54
Epworth Sleepiness Scale (ESS)	1	1,54
Escala De Síntomas Somáticos-Revisada (ESS-R)	1	1,54
General Health Questionnaire (GHQ-28)	1	1,54
Giessen-Test	1	1,54
Hamilton Depression Scale (HAMD)	1	1,54

Health-Related Quality Of Life (HRQOL)	1	1,54
Inventário De Sintomas De Estresse Para Adultos De Lipp (ISSL)	1	1,54
Kaufman Developmental Scale (KDS)	1	1,54
Morisky-Green-Levine Test	1	1,54
Nottingham Extended ADL Scale (NEADL)	1	1,54
Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	1	1,54
Pediatric Quality Of Life Inventory 4.0 (PedsqI 4.0)	1	1,54
Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	1	1,54
Profile Of Quality Of Life In The Chronically Ill (PLC)	1	1,54
Quality Of Life Index–Spanish Version (QLI-Sp)	1	1,54
Renal Adherence Attitudes Questionnaire (RAAQ)	1	1,54
Renal Adherence Behaviour Questionnaire (RABQ)	1	1,54
Short Form 12-Item Survey (SF-12)	1	1,54
State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	1	1,54
Symptom Checklist-90 (SCL-90)	1	1,54
Wagnild And Young Resilience Scale Anxiety Related Disorders (SCARED)	1	1,54
TOTAL	65	100

A Tabela 7 apresenta os instrumentos e variáveis estudadas nos artigos analisados.

Tabela 7. Variáveis estudadas e instrumentos utilizados para cada um dos trabalhos identificados.

Autor	Variáveis estudadas	Instrumentos utilizados
Steele et al. (1996)	Ansiedade, Depressão; QV	BDI; KDS
Dogan et al. (2005)	Ansiedade, Depressão; QV	HAMD; HAMA; SF-36
Overbeck et al. (2005)	Bem-estar Psicológico; Capacidade funcional; Funcionamento físico;	Giessen-Test; GHQ-28; SF-26
Alavi et al. (2009)	Ansiedade; Depressão; QV; Atividades de Vida Dária.	SCL-90; NEADL; DUKE
Yu et al. (2012)	Adesão ao Tratamento; Autoeficácia; Depressão	BMQ; Self Efficacy for Managing Chronic Disease Scale; HADS; KDQOL-SF
García-Lana et al. (2013)	Ansiedade; Depressão, Estresse Percebido; Qualidade de Sono; QV Relacionada à Saúde	Morisky-Green-Levine; BDI; STAI; PSS-10; SF-36
Griva,et al. (2013)	Depressão; QV	HADS; WHOQOL-Bref
Lee et al. (2013)	Ansiedade; Depressão; Qualidade de Vida	HADS
Mellon et al. (2013)	Ansiedade; Depressão; QV	HADS; SF-12;

Santos et al. (2013)	Ansiedade; Depressão; Estresse; QV	Berlin Questionnaire; ESS; ISSL; HAM-A; BDI; SF-36
Griva et al. (2014)	Ansiedade, Depressão; QV	WHOQOL-Bref, HADS
Bujang et al. (2015)	Ansiedade; Depressão; Estresse; QV	WHOQOL-Bref; DASS
Martínez-Sanchi et al. (2015)	Ansiedade; Expectativa de Saúde; Humor; Percepção de Saúde; Qualidade de Sono; QV Relacionada à Saúde	QLI-SP; SF-36; PSS; ESRD; HADS, PSQI
Moreira et al. (2015)	Ansiedade; Depressão; QV; Resiliência	PedsqL; SCARED
Olagunju et al. (2015)	Ansiedade; Depressão; QV	HADS; WHOQOL-bref
Lerma et al. (2016)	Ansiedade; Depressão.	BDI; QoL
Montilla et al. (2016)	Ansiedade; Depressão; QV	SF-36; ESS-R; HADS
Ottavian et al. (2016)	Ansiedade; Depressão; QV	KDQOL-SF; HADS
Nguyen et al. (2017)	Ansiedade; Depressão; QV	PHQ-9; HRQOL
Rubio et al. (2017)	Ansiedade; Depressão; QV	KDQOL-SF; HADS
Loucas et al. (2019)	Ansiedade; Depressão; QV	MFQ; RCADS

De acordo com Bergerot, Laros e Araújo (2014), doenças que requerem um tratamento contínuo e prolongado, como a DRC, tendem a apresentar comorbidades como ansiedade e depressão, repercutindo conseqüentemente no prognóstico e na QV. Nesse sentido, os mesmos autores salientam que a QV tem recebido mais relevância quando se consideram pesquisas em contexto hospitalar e, em especial, quando se trata de DC, pois cronicidade, recorrência do tratamento e a própria doença afetam diretamente como o indivíduo avalia seu bem-estar.

Embora existam diversos instrumentos que avaliam a QV de indivíduos enfermos, para a avaliação do escore geral de QV, o *Medical Outcomes Study Questionnaire 36* (SF-36, tem sido considerado o instrumento mais adequado para monitorar a QV de pacientes em diálise (Barbosa et al., 2007). Trata-se de um instrumento de avaliação genérica de Saúde, originalmente criado na língua inglesa, de fácil administração e compreensão, porém foi traduzido para o português após

processos de adaptação cultural e propriedades de medida. É constituído por 36 questões, que abrangem oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental avaliadas (Ciconelli, 1997).

Os aspectos relacionados às doenças e/ou tratamentos têm sido abordados pela mensuração da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) (Kusomoto, Marques, Haas & Rodrigues, 2008). Para esta avaliação da QVRS em pacientes com insuficiência renal crônica e em diálise, o instrumento mais completo disponível no Brasil é o *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form* (KDQOL-SF) (Kusomoto et al., 2008), disponível em uma versão de 26 itens ou em dois testes paralelos de 13 itens, o *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form* (KDQOL-SF), que avalia o conhecimento do paciente em relação a sua própria doença terminal e ao tratamento, discriminando indivíduos bem informados sobre a doença renal e seu tratamento daqueles que não estão tão bem informados (Devins et al., 1990).

Assim como a QV, a depressão e ansiedade são variáveis mais relevantes em indivíduos enfermos. Observou-se que o instrumento mais utilizado para avaliação da ansiedade e depressão nos pacientes com DRC foi o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Esta escala foi traduzida e validada por Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr. e Pereira, em 1995, e visa detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos. É constituída por 14 itens de múltipla escolha, dos quais sete são voltados para avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para depressão (HADS-D) (Bergerot et al., 2014).

Para avaliar níveis de depressão, outro inventário muito utilizado na área da saúde é o Inventário de Depressão de Beck (BDI), desenvolvido originariamente por Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, em 1961. Trata-se de uma escala de

autorrelato, para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos, composto por 21 itens. Um instrumento particularmente adequado para uso com pacientes psiquiátricos, mas que tem sido amplamente usado no contexto clínico e em pesquisa com pacientes não psiquiátricos, bem como na população geral (Gandini, Martins, Ribeiro & Santos, 2007).

Os 21 itens do Inventário questionam sobre como o indivíduo se sente na última semana. Cada questão apresenta pelo menos quatro possibilidades de resposta, que diferem na intensidade, como por exemplo: (0) Eu não me sinto triste, (1) Eu me sinto triste, (2) Eu me sinto triste todo o tempo e não consigo sair desta situação, (3) Eu me sinto tão triste ou infeliz que não consigo suportar. Para avaliar o resultado, um valor de 0 a 3 é determinado para cada resposta e o resultado é analisado a partir de pontos de corte, em que de 0 a 9 pontos o indivíduo não apresenta depressão; entre 10 e 18 pontos considera depressão leve a moderada; 19 a 29 pontos indicam depressão moderada à severa; e 30 a 63 indicam depressão severa (Beck et al., 1961). A limitação principal do BDI consiste em ser um instrumento de autorrelato, possibilitando que o avaliado maximize ou minimize a intensidade dos sintomas e/ou sentimento, alterando assim o resultado (Beck et al., 1961).

Apresentado como uma breve técnica para medir o impacto do cuidado primário/intervenção médica, à saúde sobre os resultados do paciente, como resultado de intervenção médica e promoção da saúde (Parkerson Júnior, Broadhead, & Tse, 1990). O *The Duke Health Profile*, que é um instrumento genérico de autorrelato, contendo 17 itens, com medidas de saúde física, mental e social, autoestima e quatro medidas de disfunção psicológica (ansiedade, depressão e dor) (Parkerson Junior et al., 1990).

De forma geral, pode-se perceber que grande parte dos instrumentos visam

avaliar os níveis de QV, ansiedade, depressão e saúde física dos indivíduos com DRC. Entretanto, há instrumentos que se propõe a mensurar o efeito do tratamento e a interferências do mesmo na QV, como por exemplo, o *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*, o *End-Stage Renal Disease Symptom Checklist-Transplantation Module (ESRD)* e o *Profile Of Quality Of Life In The Chronically Ill (PLC)*. Embora grande parte dos instrumentos descritos avalie, construtos estudados principalmente pela Psicologia, muitos instrumentos do presente estudo são da área médica, o que sugere a necessidade do desenvolvimento de instrumentos para contexto hospitalar validados pela Psicologia, conforme as normas estabelecidas pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATPsi).

Os artigos também foram analisados quanto às variáveis psicológicas estudadas conforme a tabela 8. É importante salientar que todas as publicações pesquisaram mais de um construto, assim o total de variáveis encontradas é superior ao total de artigos analisados.

Tabela 8. Frequência das variáveis estudadas em todos os estudos avaliados.

Variáveis estudadas	F	%
Depressão	19	29,7
Qualidade de Vida	18	28,1
Ansiedade	18	28,1
Estresse	3	4,69
Capacidade Funcional	2	3,13
Auto eficácia	1	1,56
Bem-Estar Psicológico	1	1,56
Percepção de saúde	1	1,56
Resiliência	1	1,56
Total	64	100

Dentre os construtos avaliados nos artigos encontrados, destaca-se a depressão, que esteve presente em 29,74% dos artigos, seguido pela ansiedade e a QV, correspondendo a 28,1% cada. Em geral, os artigos analisaram a relação entre variáveis o que justifica a variedade de construtos estudados em relação à quantidade de artigos.

Nesse sentido, os resultados apresentados na tabela 7 podem ser relacionados à quantidade de construtos avaliados nos artigos apresentados na tabela 8, uma vez que em 16 dos 21 trabalhos, ou seja, 76,19%, correlacionaram a QV com algum outro construto. Tal predominância de estudos sobre a QV dos pacientes renais justifica-se à medida que a hemodiálise, embora seja o método de tratamento mais utilizado, causa impactos significativos na vida do indivíduo, como mudanças na rotina individual e familiar, uso contínuo de medicamentos, restrições hídricas, afastamento do trabalho, limitações físicas, nutricionais e do convívio social, além de declínio sexual, conflitos existenciais e angústia espiritual, que por sua vez agrava os sintomas físicos e emocionais (Martins & Cesarino, 2005).

Considerando os aspectos físicos, psicológicos, social e ambiental que compõem a QV, a avaliação dessa variável torna-se relevante. Ao passo que a identificação da percepção dos pacientes em diversos aspectos de sua vida subsidia intervenções que visem melhorar as condições de vida e de saúde dos pacientes acometidos pela DCR (Jesus et al., 2019).

Quanto à grande quantidade de estudos que abordam a ansiedade e/ou a depressão, na literatura específica encontra-se embasamento que justificam a incidência de tais comorbidades a partir do prognóstico da doença (uma vez que não tem cura) e as limitações implicadas pela presença da DCR, que acabam por contribuir para o surgimento de sintomas depressivos e ansiosos nos próprios pacientes e em seus cuidadores, ao passo que a depressão parece ser a complicação psíquica mais frequente nos pacientes em tratamento de hemodiálise (Coutinho & Costa, 2015).

Conforme os dados da OMS (2012), estima-se que mais de 350 milhões de pessoas, em todo o mundo, sofram de depressão; porém, a prevalência da doença em pacientes em tratamento de hemodiálise bem pode alcançar índices de até 100% (Nifa &

Rudinick, 2010). Em se tratando da compreensão desse fenômeno, Nifa e Rudnick (2010) discutem ainda que apesar da evidente relação entre DRC, depressão e ansiedade, os estudos que avaliem esse sofrimento psicoafetivo em grupos de pacientes em hemodiálise e em seus cuidadores/familiares são relativamente escassos, além disso, estudos de ações interventivas nessas populações são quase nulos.

Na tentativa de compreender a metodologia empregada nos estudos realizados com indivíduos com DRC, foi analisado o desenho experimental das pesquisas encontradas. Dos 21 artigos analisados todos eram quantitativos e transversais, conforme indicado na tabela 9.

Tabela 9. Desenho experimental dos estudos.

Desenho experimental	F	%
Descritivo	14	66,7
Quase-experimental	2	9,52
Análise documental	1	4,76
Correlacional	1	4,76
Ensaio clínico prospectivo	1	4,76
Experimental	1	4,76
Observacional	1	4,76
Total	21	100

Dos estudos encontrados 66,7% eram descritivos, 9,52% quase-experimental e 4,76% experimental, ou seja, apenas 14,28% dos trabalhos eram de intervenção, o que evidência a necessidade de mais estudos interventivos na área, para que o trabalho de intervenção tenha um norteamento científico a partir de métodos replicáveis.

Dos trabalhos de intervenção, todos apresentaram *follow-up* para os participantes. Vale destacar que em cada intervenção foi adotado um tempo de follow-up diferente, sendo que em um artigo os autores descrevem o acompanhamento entre quatro e cinco semanas após a intervenção. Em outro, o tempo adotado foi de oito semanas. No terceiro trabalho, é informado apenas como se deu o acompanhamento, mas não em quanto tempo. Salienta-se ainda que os trabalhos apresentaram poucas

informações sobre os procedimentos e critérios adotados para o *follow-up*, o que impossibilita o aprofundamento da discussão sobre este item de relevante importância.

Da mesma maneira analisar como se deu a realização das pesquisas, para compreender os impactos comportamentais da DCR, bem como tentar obter um perfil dos pacientes na análise dos principais resultados dos estudos é fundamental. Para tanto, estes estão descritos na tabela 10.

Tabela 10. Principais resultados dos estudos.

Estudo	Principais resultados
Alavi et al. (2009)	Níveis de depressão e ansiedade menores em pacientes transplantados em comparação aos pacientes em hemodiálise. Transplantados possuem melhor percepção de saúde em relação aos pacientes em hemodiálise. Melhores resultados na realização de AVDs em pacientes transplantados. Maior prevalência de ansiedade e depressão em pacientes não transplantados
Bujang et al. (2015)	Depressão, ansiedade e estresse tem impacto significativo na Q.V Alto escore de depressão está associado ao baixo nível de hemoglobina e albumina.
Dogan et al. (2005)	Alto índice de ansiedade está relacionado ao alto nível de PCR e baixo escore de SF. Níveis mais altos de adesão ao tratamento e melhor QVRS em pacientes em diálise.
García-Lana et al. (2013)	Associação entre os níveis de depressão e indicadores de QVRS. Melhor QVRS em pacientes com adesão a medicamentos anti-hipertensivos. Trabalho, gênero e depressão são preditores de QVRS. Comprometimentos físicos e emocionais da QV em pacientes jovens e idosos.
Griva et al. (2013)	Altos escores de depressão, pior saúde física em pacientes de DP em relação à DH comunitária. Maior satisfação com os cuidados em pacientes de DP em relação à

	DH comunitária.
Griva et al. (2014)	<p>Maior QV em pacientes mais velhos mesmo apresentando piores condições clínicas.</p> <p>Níveis de ansiedade e depressão equivalentes em pacientes mais jovens e idosos.</p>
Lee et al. (2013)	<p>Prevalência de depressão e ansiedade é igual independente do estágio da doença.</p> <p>Depressão se correlaciona positivamente com idade, emprego, renda, educação, índice de comorbidade, nível de hemoglobina, concentração de albumina e ansiedade.</p> <p>Depressão se correlaciona negativamente com todos os domínios do WHOQOL-BREF.</p> <p>Ansiedade correlacionou-se com a QV</p>
Lerma et al. (2016)	<p>Depressão, ansiedade e distorções cognitivas diminuíram no GE.</p> <p>Aumento na QV do GE.</p> <p>Não houve alterações no grupo controle.</p>
Loucas et al. (2019)	<p>Modelo de intervenção viável e aceitável para pacientes com idade entre 15 a 18 anos com dificuldades emocionais.</p> <p>Altos níveis de satisfação com o tratamento.</p> <p>Tendências em direção a possíveis melhorias na ansiedade e no bem-estar após a intervenção.</p>
Martínez-Sanchi et al. (2015)	<p>Pacientes de hemodiálise apresentam maior interferência em saúde no trabalho.</p> <p>Pior bem star físico, funcionamento ocupacional, realização espiritual.</p> <p>Diálise correlacionou-se positivamente com distúrbios do sono e escores de depressão.</p> <p>Diálise correlacionou-se negativamente com a QV.</p> <p>Os pacientes em HD apresentaram mais sofrimento psicológico do que os pacientes em diálise peritoneal.</p>

- Mellon et al. (2013) A idade é um fator associado à adesão do tratamento, os mais jovens aderem menos.
Altos índices de ansiedade estão associados à maior adesão ao tratamento.
- Montilla et al. (2016) Prevalência de ansiedade.
Baixos níveis de QVRS.
- Moreira et al. (2015) Escores mais altos para ansiedade de separação e maior frequência de sintomas depressivo em pacientes com DRC em relação a pessoas saudáveis.
Menores escores gerais de QV em pacientes com DRC em relação a pessoas saudáveis
Pacientes com DRC são encaminhados aos profissionais de saúde mental com mais frequência do que pessoas saudáveis
- Nguyen et al. (2017) Pessoas com DRC tem probabilidade 2,2 vezes maior de ter um estado de saúde razoável / ruim.
Pessoas com DRC não são mais propensas a ficar deprimidos do que aqueles sem DRC.
- Olagunju et al. (2015) 29% participantes apresentaram ansiedade e depressão.
Não houve diferença significativa dos níveis de ansiedade e depressão entre os pacientes que estavam em hemodiálise e os que não estavam.
80% dos participantes apresentaram QV boa ou regular.
Os pacientes em diálise apresentaram melhor QV quando comparados aos pacientes sem diálise.
A maioria dos participantes com baixos escores de QV apresentaram altos índices de ansiedade e depressão.
Não foram encontradas relações entre os níveis de ansiedade e depressão com a QV.
- Ottavian et al. (2016) Pacientes com altos níveis de ansiedade e depressão apresentam piores índices de QV

Overbeck et al. (2005)	Os pacientes transplantados apresentaram melhor desempenho no funcionamento físico, melhor percepção de saúde, e funcionamento social.
Rubio et al. (2017)	Os índices de QV são maiores nos pacientes transplantados. A QVRS em pacientes com doença renal em estágio terminal (DRCT) é significativamente afetada pela iniciação da TRS Ansiedade presente em 26,6% e depressão presente em 27% dos pacientes.
Santos et al. (2013)	Protocolo de pesquisa.
Steele et al. (1996)	Sintomas depressivos estão correlacionados aos índices de QV Redução dos sintomas de ansiedade e sintomas somáticos após ajuste de transferência / volume cinético
Yu et al. (2012)	Auto eficácia e emprego estão associados à adesão geral do tratamento

A falta de similaridade entre os resultados dos estudos encontrados se deve ao fato de que os objetivos das pesquisas eram diferentes. Ainda assim, os resultados se assemelham no que tange a elevada presença de comorbidades como a ansiedade e depressão, bem como aos baixos índices de QV, indo ao encontro da discussão apresentada referente aos dados já apresentados na tabela 8.

A tabela 11 apresenta os objetivos dos estudos avaliados. Nesse sentido, analisar os objetivos das pesquisas é relevante à medida que se pode construir um panorama acerca do que tem sido investigado na literatura sobre a DRC.

Tabela 11. Frequência dos objetivos dos estudos.

Objetivo	F	%
Avaliar QV de pacientes com DRC	3	14,3
Avaliar ansiedade, depressão e QV	3	14,3
Avaliar a relação entre adesão ao tratamento e estados psicológicos	2	9,52
Avaliar a relação entre ansiedade, depressão e QV	2	9,52
Avaliar ansiedade e depressão	1	4,76
Avaliar relação entre QV e Depressão	1	4,76
Avaliar ansiedade e depressão em crianças e adolescentes com DRC	1	4,76
Avaliar ansiedade, depressão, estresse, e QV	1	4,76
Avaliar a eficácia de intervenção para auxiliar adolescentes no enfrentamento de dificuldades emocionais	1	4,76
Avaliar a influência da ansiedade, estresse e depressão na QV	1	4,76
Avaliar a relação entre depressão, estado de saúde percebido e QV	1	4,76
Comparar ansiedade, depressão, estresse e QV em pacientes idosos e não idosos	1	4,76
Comparar QV em pacientes domiciliares e participantes de programas comunitários	1	4,76
Desenvolver intervenção para redução de ansiedade e depressão	1	4,76
Predizer a QV a partir dos níveis de ansiedade e depressão	1	4,76
Total	21	100

Conforme apresentado e discutido ao longo deste trabalho, há o predomínio de estudos que têm por objetivo avaliar a QV, bem com relacionar esses índices com os níveis de ansiedade e depressão. Assim, esse resultado corrobora com a justificativa desse trabalho, vez que os índices de QV em indivíduos com DRC são baixos, e os níveis de ansiedade e depressão são altos independente da faixa etária, mas principalmente em adultos. Traçar ou identificar um perfil comportamental de pacientes ainda na infância e adolescência pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que favoreçam o aumento da qualidade de vida de indivíduos em idade adulta.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da produção científica sobre o perfil comportamental de crianças e adolescentes com IRC nas bases de dados BVS, PUBMED, PsycINFO e SciELO permitiu identificar aspectos de desenvolvimento no campo da Psicologia Hospitalar que vão desde a concepção de DRC e seus impactos, características sociodemográficas dos pacientes à relação dessa patologia com comorbidades (como a ansiedade e depressão) e seu impacto na QV dos pacientes e familiares. Além disso, foi possível analisar como as intervenções psicossociais têm sido desenvolvidas no que tange à qualidade de vida e enfrentamento diante desta condição de saúde. Ademais, esta análise permitiu o desenvolvimento de um panorama acerca da atuação do psicólogo com pacientes acometidos pela DRC. As conclusões serão apresentadas a seguir:

1. Os estudos evidenciam que a atenção dispensada para esta população deve ser a mesma que a aplicada para adultos e idosos, uma vez que eles estão mais propensos a desenvolver problemas psicológicos, e o tratamento precoce pode evitar dificuldades interpessoais, escolares e outros problemas de saúde futuros.

2. As pesquisas são predominantemente descritivas, mostrando relação entre DRC, QV, ansiedade e depressão, porém sem conclusões concretas na área. De tal maneira, as intervenções para melhoria da adesão ao tratamento dialítico são importantes para os pacientes, porém uma gama maior de pesquisas interventivas possibilitaria compreender melhor quais são essas estratégias e os desfechos concretos na aderência ao tratamento.

A pouca quantidade de estudos referentes a intervenções psicossociais em pacientes renais crônicos, implica na falta dados relevantes para compreender os resultados dessas intervenções e como se dá a atuação do psicólogo frente a uma doença

em que a atuação é predominantemente médica. O desenvolvimento de pesquisas que abordem doenças crônicas como a IR, pode contribuir para a melhor definição da atuação do psicólogo no hospital, assim como para o fortalecimento e reconhecimento da Psicologia da Saúde.

3. O número elevado de referências sobre a DRC associado a outras comorbidades ressalta a compreensão de que pacientes renais têm maiores riscos de sofrerem doenças cardiovasculares, hipertensão e sedentarismo, assim como psicopatologias decorrentes da condição de doente crônico. Ademais, a literatura específica encontrada salienta que a falta de perspectiva de cura é um dos fatores agravantes da condição de saúde desses indivíduos, bem como um fator responsável pela diminuição da qualidade de vida e incidência de ansiedade e depressão.

4. A insuficiência de estudos que abordem as intervenções impossibilitou avaliar e comparar os efeitos das ações na aderência ao tratamento. Ainda mediante a essa limitação, pode-se evidenciar a necessidade e importância de se discutir estratégias e ações interventivas em populações específicas como os pacientes de DRC, uma vez que o aumento de literatura sobre a temática pode embasar cientificamente atuação do psicólogo ante a demandas específicas.

5. Não há consistência de dados a respeito dos critérios utilizados para pesquisa, como país, população e sexo. Tal inconsistência inviabiliza padronização de ações interventivas, bem como impossibilita o delineamento de um padrão comportamental específico, tornando os dados, as ações e a fundamentação teórica genérica.

6. A maior parte dos instrumentos avaliam a percepção de qualidade de vida em relação à doença, níveis de ansiedade e depressão, evolução da doença e

tratamento, e, embora essa identificação seja relevante, suscita a necessidade de utilização desses dados para além da identificação e descrição dessas variáveis, mas também a execução de ações que visem à melhoria da QV desses pacientes, bem como possibilite a diminuição do impacto da doença na rotina de pacientes e familiares.

6. REFERÊNCIAS

- Abrahão, S. S., Ricas, J., Andrade, D. F., Pompeu, F. C., Chamahum, L., Araújo, T. M., & Lima, E. M. (2010). Dificuldades vivenciadas pela família e pela criança/adolescente com doença renal crônica. *Brazilian Journal of Nephrology (Jornal Brasileiro de Nefrologia)*, 32(1), 18-22. doi: 10.1590/S0101-28002010000100004
- Abreu, I. S., & dos Santos, C. B. (2014). Impacto da insuficiência renal crônica na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(4), 833-41. doi: 10.5216/ree.v16i4.22831
- Abreu, I. S., Nascimento, L. C., Lima, R. A. G. D., & Santos, C. B., dos. (2015). Crianças e adolescentes com insuficiência renal em hemodiálise: percepção dos profissionais. *Rev Bras Enferm*, 68(6), 1020-6. doi: 10.1590/0034-7167.2015680604i
- Almeida, A. M. (2003). Revisão: a importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 25(4), 209- 214. Retirado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HwTA0pWxZ4oJ:www.bjn.org.br/export-pdf/398/25-04-06.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>
- Barbosa, L. M. M., Andrade Jr, M. D., & Bastos, K. D. A. (2007). Preditores de qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *J Bras Nefrol*, 29(4), 222-9.

Retirado

de:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Bb9GukMBZxcJ:www.bjn.org.br/export-pdf/132/29-04-07.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

Barreto, S. M., Ladeira, R. M., Duncan, B. B., Schmidt, M.I., Lopes, A. A., Benseñor I.

M., et al. (2016). Chronic kidney disease among adult participants of the ELSABrasil cohort: association with race and socioeconomic position. *J Epidemiol Community Health*, 70 (4), 380-9. doi: 10.1136/jech-2015-205834.

Barlow, J. H., & Ellard, D. R. (2006). The psychosocial well-being of children with chronic

disease, their parents and siblings: An overview of the research evidence base. *Child: care, health and development*, 32(1), 19-31. doi: 10.1111 / j.1365-2214.2006.00591.x

Barros, A. L. B. L. (2015). *Anamnese e Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Bastos, M. G., & Kirsztajn, G. M. (2011). Doença Renal Crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol*, 33 (1), 93-108. doi:10.1590/S0101-28002011000100013.

Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.

doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

Becker, D. (2017). *O que é adolescência*, São Paulo: Editora Brasiliense.

Belangero, V. M. S. (2002). *Doença renal crônica na infância - Definição, epidemiologia e alerta para o diagnóstico*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Ciências Médicas Unicamp, Campinas.

Beltrame, V., Hardt, C., Madureira, V. S. F., Dall'Agnol, J., & da Silva, T. G. (2011).

Intervenções de enfermagem nas intercorrências do tratamento hemodialítico. *Ágora: R. Divulg. Cient. [Internet]*, 18(1), 131-140. doi: 10.24302/agora.v18i1.252

Bergerot, C. D., Laros, J. A. & Araujo, T. C. C. F. de. (2014). Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. *Psico-USF*, 1(1), 187-197. doi: 10.1590/1413-82712014019002004

Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr., C., & Pereira, W. A. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29 (5), 359-363. doi:10.1590/S0034-89101995000500004

Bradford, R. (1997). *Children, families and chronic disease*. Londres: Routledge.

Castro, E. K. D., & Gross, C. Q. (2013). Percepção sobre a doença renal crônica de pacientes em hemodiálise: revisão sistemática. *Salud & Sociedad*, 4(1), 70-89.

Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752013000100006&lng=pt&nrm=iso

Castro, E. K. D. & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15 (3), 625-635. doi: 10.1590/S0102-79722002000300016.

Chesler, M., A., Paris, j., & Barbarin, O., A. (1986) "Telling" the child with cancer: Parental choice to share information with Ill Children. *Journal of Pediatric Psychology*. 11 (4), 497-516. 10.1093/jpepsy/11.4.497

Ciconelli, R. M. (1997). Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)". Tese (Doutorado em Medicina) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 148 fl.
Retirado de: https://homizo.ga/pomo_gydap_b.pdf#

Collins, A. J., Foley, R. N., Herzog, C., Chavers, B. M., Gilbertson, D., Ishani, A. & Murray, A. (2010). Excerpts from the US renal data system 2009 annual data report. *American Journal of Kidney Diseases*, 55(1), A6-A7. doi: 10.1053/j.ajkd.2009.10.009

Devins, G., M., Binik, Y., M., Mandim, H., Letourneau, P. K., Hollimby, D., J., Barre, P., E., Prichard., S. (1990). The kidney disease questionnaire: A test for measuring patient knowledge about end-stage renal disease. *J. Clin Epidemiol.*, 43 (3), 297-

307. doi: 10.1016 / 0895-4356 (90) 90010-m

Diniz, D. P., Romano, B. W., & Canziani, M. E. F. (2006). Dinâmica de personalidade de crianças e adolescentes portadores de insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise. *J. Bras. Nefrol*, 28(1), 31-8.

Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios.

Adolescência e Saúde, 2(2), 6-7. Retirado de:

http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167

Eiser, C. (1990). Psychological effects of chronic disease. *Journal of Child Psychology*.

Ferreira, M. J. A. S., Lima, R. F., Albuquerque, A. J., Santos, V. E. F. A., Silva, A. R.

S. & Medeiros, C. S. Q. (2013). O cuidado à criança com insuficiência renal: uma revisão integrativa da literatura. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-*

FACIPE, 1(1), 37-49. Retirado de:

<https://periodicos.set.edu.br/index.php/facipesaude/article/view/1058>

Faller, J. W., Barreto, M. D. S., Ganassin, G. S., & Marcon, S. S. (2012). Sobrecarga e mudanças no cotidiano de cuidadores familiares de paciente com doença crônica.

Cienc. cuid saude, 11(1), 181-189. doi: 10.4025/ciencucidsaude.v11i1.18876

Finger, G., Pasqualotto, F. F., Marcon, G., Medeiros, G. S., Abruzzi-Junior, J., & May, W. S. (2011). Sintomas depressivos e suas características em pacientes submetidos à

hemodiálise. *Rev AMRIGS*, 55(4), 333-8. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/267766356_Sintomas_depressivos_e_suas_caracteristicas_em_pacientes_submetidos_à_hemodialise

Freitas, T. C. R., Silva, K. L., Nobrega, M. M. L., & Collet, N. Proposta de Cuidado Domiciliar a Crianças Portadoras de Doença Renal Crônica. *Rev. Rene*, 12 (1), 111-119. Retirado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027974015>

Gandini, R. D. C., Martins, M. D. C. F., Ribeiro, M. D. P., & Santos, D. T. G. (2007). Beck Depression Inventory-BDI: factorial analysis for women with cancer. *Psico-USF*, 12(1), 23-31. doi: 10.1590/S1413-82712007000100004

Goldstein, S. L., Rosburg, N. M., Warady, B. A., Seikaly, M., McDonald, R., Limbers, C., & Varni, J. W. (2009). Pediatric end stage renal disease health-related quality of life differs by modality: a PedsQL ESRD analysis. *Pediatric Nephrology*, 24 (8), 1553-1560. doi: 10.1007 / s00467-009-1174-1

Gorayeb, R. (2015). *A prática da Psicologia no ambiente hospitalar*. Novo Hamburgo: Sinopsys.

Hamer, R. A., & Nahas, A. M. (2006). The burden of chronic kidney disease. *BMJ*, 332 (7541), 563-564. doi: 10.1136 / bmj.332.7541.563

Heinzer, M. M. (1998). Health promotion during childhood chronic illness: a paradox facing society. *Holistic Nursing Practice*, 12(2), 8-16. doi: 10.1097/00004650-

199801000-00004

- Jesus, N. M., Souza, G. F. de, Mendes-Rodrigues, C., Almeida Neto, O. P. de., Rodrigues, D. D. M., & Cunha, C. M. (2019). Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico. *Brazilian Journal of Nephrology*, *41*(3), 364-374. doi:10.1590/2175-8239-jbn-2018-0152
- Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., de Sousa, F. S. P., & Cavalcante, C. M. (2011). Promotion of Mental Health-Technologies for Care: emotional involvement, reception, co-responsibility and autonomy. *Ciencia & saude coletiva*, *16*(7), 3051. doi: 10.1590/S1413-81232011000800005.
- Khan, S. S., Xue, J. L., Kazmi, W. H., Gilbertson, D. T., Obrador, G. T., Pereira, B. J., & Collins, A. J. (2005). Does predialysis nephrology care influence patient survival after initiation of dialysis?. *Kidney international*, *67*(3), 1038-1046. doi: 10.1111/j.1523-1755.2005.00168.x
- López, C. A., Escribano, A. F., Cantanero, G. G., Pablos, A. L., & García, E. I. (2010). Desarrollo de un cuestionario en español de medida de calidad de vida en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica. *Nefrología (Madrid)*, *30* (2), 168-176. Retirado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952010000200005&lng=en&tlng=en
- Keith, N. M., & Keys, T. E. (1954). Contributions of Richard Bright and his associates to renal disease. *AMA archives of internal medicine*, *94*(1),

5-21. doi: 10.1001/archinte.1954.00250010011002

Kohlsdorf, M., & Costa Junior, Á. L. da. (2008). Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(3), 417-429. doi: 10.1590/S0103-166X2008000300010

Lanza, A., H., B., Chaves, A., P., A., Garcia, R. de C., P., Brandão, J. A. G. (2008). Perfil biopsicossocial de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. *Arquivos brasileiros de ciências da saúde*, 33 (3), 141-145. doi: 10.7322/abcs.v33i3.148

Leitch, D. B. (1999). Mother-infant interaction: achieving synchrony. *Nursing Research*, 49(1), 55-58. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10029403>

Marinho, A. W. G. B., Penha, A. D. P., Silva, M. T., & Galvão, T. F. (2017). Prevalence of chronic renal disease among Brazilian adults: a systematic review. *Cadernos Saúde Coletiva*, 25(3), 379-388. doi: 10.1590/1414-462x201700030134

Martin, G., & Pear, J. (2009). *Modificação de Comportamento: o que é e como fazer*. São Paulo: Rocca.

Martins, M. R. I., & Cesarino, C. B. (2005). Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(5), 670-676. doi: 10.1590/S0104-11692005000500010

Martins, D. G., & Rocha Júnior, A. (2001). Psicologia da saúde e o novo paradigma: novo paradigma? *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, 3(1).

Retirado de:

<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1098>

Mattarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: frontiers for a new

health psychology. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817. doi: 10.1037//0003-

066x.35.9.807

Merrell, K. W., & Gimpel, G. A. (1998). *Social Skills of Children and Adolescents: Conceptualization, assessment, treatment*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*, 4(1), 1. doi: 10.1186/2046-4053-4-1.

Moura, L., Prestes I.V, Duncan, B. B., Thome, F. S., Schmidt, M. I. (2014). Dialysis for end stage renal disease financed through the Brazilian National Health System, 2000 to 2012. *BMC Nephrol*, 15(1), 1. doi: 10.1186/1471-2369-15-111.

Nifa, S., & Rudnicki, T. (2010). Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento

de hemodiálise. *Revista da SBPH*, 13(1), 64-75. Retirado de:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100006&lng=pt&tlng=pt.

Noblat, A. C. B., Lopes, M. B., Lopes, G. B., Lopes, A. A. (2004). Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. *Arq. Bras. Cardiol*, 83 (4), 308-313. Retirado de:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004001600006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2004001600006>.

Nogueira P. C. K., Feltran L. S., Camargo M. F., Leão E. R., Gonçalves N. Z., Pereira L., & Sesso R. C. (2011). Prevalência estimada da doença renal crônica terminal em crianças no Estado de São Paulo. *Rev Assoc Méd Brás*. 57 (4), 443-449. doi: 10.1590/S0104-42302011000400020

Noll, R. B., McKellop, J. M., Vannatta, K., & Kalinyak, K. (1998). Childrearing practices of primary caregivers of children with sickle cell disease: the perspective of professionals and caregivers. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(2), 131-140. doi: 0.1093/jpepsy/23.2.131

Orr, N. I., McDonald, S. P., McTaggart, S., Henning, P., & Craig, J. C. (2009). Frequency, etiology and treatment of childhood end-stage kidney disease in Australia and New Zealand. *Pediatric Nephrology*, 24(9), 1719-1726. doi: 10.1007/s00467-009-1181-2

- Park J. I., Baek, H., Jung, H. H. (2016). Prevalence of Chronic Kidney Disease in Korea: the Korean National Health and Nutritional Examination Survey 2011–2013. *J Korean Med Sci.*, 31(6), 915-23. doi: 10.3346/jkms.2016.31.6.915.
- Parkerson Jr, G., R., Broadhead W., E., Tse C., K. (1990). The Duke Health Profile. A 17-item measure of health and dysfunction. *Med Care*, 28 (11), 1056-72. doi: 10.1097/00005650-199011000-00007
- Pennafort, V. P. S., Queiroz, M. V. O., & Jorge, M. S. B. (2012). Crianças e adolescentes renais crônicos em espaço educativo-terapêutico: subsídios para o cuidado cultural de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5), 1057-1065. doi: 10.1590./S0080-62342012000500004
- Pettemgill, M. A. M., Ribeiro C. A., & Borba R. I. H. (2008). O cuidado centrado na criança e sua família: uma perspectiva para a atuação do enfermeiro: Abordagem centrada na família. In F. A. Almeida & A. L. Sabatés *Enfermagem pediátrica: A criança, o adolescente e sua família no hospital* (pp. 34-43) Barueri, SP: Manole.
- Piccinini, C. A., Castro, E. K. D., Alvarenga, P., Vargas, S., & Oliveira, V. Z. D. (2003). A doença crônica orgânica na infância e as práticas educativas maternas. *Estudos de psicologia (Natal)*.8 (1),75-83. doi: 10.1590/S1413-294X2003000100009
- Romano, B. W. (1999). *Princípios Para a Prática da Psicologia Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ramos, I. C., Braga, V. A. B., Cavalcante, L. P., & Oliveira, F. J. G. (2015).

Adolescentes em hemodiálise: repercussões do adoecimento e tratamento na saúde mental. *Ciênc Cuid*

Saúde [Internet], 1427-35. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v14i4.26892

Romão Junior, J. E. (2004). Doença renal crônica: Definição, epidemiologia e

classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 26(3), 1-3. Retirado de:

<http://www.bjn.org.br/details/1183/pt-BR/doenca-renal-cronica--definicao--epidemiologia-e-classificacao>

Rossi, L. (2006). *Vivências de mães de crianças com insuficiência renal crônica: um estudo Fenomenológico* (Dissertação de mestrado). doi:

10.11606/D.59.2006.tde-26072007-150513

Rudnicki, T. (2014). Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de

hemodiálise. *Contextos clínicos*, 7(1), 105-116. doi: 10.4013/ctc.2014.71.10

Sabbeth, B. (1984). Understanding the impact of chronic childhood illness on families. *Pediatric Clinics of North America*, 31(1), 47-57. doi: 10.1016/S0031-3955(16)34535-7

Sampaio, A. A. S. (2005). Skinner: sobre ciência e comportamento humano. *Psicologia:*

ciência e profissão, 25(3), 370-383. Retirado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S98932005000300004&lng=pt&tlng=pt. 414-

Sesso, R. C., Lopes, A. A., Thomé, F. S., Lugon, J. R., & Martins, C. T. (2017). Brazilian chronic dialysis survey 2016. *Brazilian Journal of Nephrology*, 39(3), 261-266. doi: 10.5935/0101-2800.20170049

Sesso, R. D. C. C., Lopes, A. A., Thomé, F. S., Lugon, J. R., Watanabe, Y., & Santos, D. R. D. (2012). Chronic dialysis in Brazil-report of the Brazilian dialysis census, 2011. *Brazilian Journal of Nephrology*, 34(3), 272-277. doi: 10.5935/0101-2800.20120009

Soares, C. M. B., Diniz, J. S. S., Lima, E. M., Silva, J. M. P., Oliveira, G. R. D., Canhestro, M. R., Silva, V. R., Munair, A. M., Moreira, M., E Silva, A. C. S., & Oliveira, E. A.

(2008). Doença renal crônica em pediatria: programa interdisciplinar de abordagem pré-dialítica. *Rev Minas Gerais*, 18, (4 Supl 1), S90-S7. Retirado de <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1406>

Smeltzer, S.C, & Bare, B.G. (2002). Histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus. In: S. C. Smeltzer, & B. G. Bare. *Brunner/Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica* (pp. 933-983). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Soliday, E., Kool, E., & Lande, MB. (2001). Family Environment, child behavior and

medical indicators in children with kidney disease. *Child Psych, Hum. Dev*, 31(279-295). Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11227988>

Teubert, D., & Pinquart, M. (2010). The association between coparenting and child adjustment: A meta-analysis. *Parenting: Science and Practice*, 10(4), 286-307. doi: 10.1080/15295192.2010.492040

Van Der Lee, J. H., Mokkink, L. B., Grootenhuis, M. A., Heymans, H. S., & Offringa, M. (2007). Definitions and measurement of chronic health conditions in childhood: a systematic review. *Jama*, 297 (24), 2741-2751. doi: 10.1001 / jama.297.24.2741

Van der Heijden, B. J., van Dijk, P. C., Verrier-Jones, K., Jager, K. J., & Briggs, J. D. (2004). Renal replacement therapy in children: data from 12 registries in Europe. *Pediatric Nephrology*, 19(2), 213-221. doi: 10.1007 / s00467-003-1376-x

Vieira, S. D. S., Dupas, G., & Ferreira, N. M. L. A. (2009). Doença renal crônica: conhecendo a experiência da criança. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 13(1), 74-83. doi: 10.1590/S1414-81452009000100011

Viner, R. M., Coffey, C., Mathers, C., Bloem, P., Costello, A., Santelli, J., & Patton, G. C. (2011). 50-year mortality trends in children and young people: a study of 50 low-income, middle-income, and high-income countries. *The Lancet*, 377(9772), 1162-1174. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60106-2

Wallander, J. L., & Varni, J. W. (1998). Effects of pediatric chronic physical disorders

on child and family adjustment. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(1), 29-46. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9534085>

Wharley, L. F, & Wong D. L (2002). *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.