



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Darci Ramos Fernandes

Avaliação da função sexual e sua associação com qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em receptores de transplantes renais

Rio de Janeiro

2023

Darci Ramos Fernandes

**Avaliação da função sexual e sua associação com qualidade de vida e
sintomas de ansiedade e depressão em receptores
de transplantes renais**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sueli Coelho da Silva Carneiro

Coorientadora: Prof.^a Dra. Rita da Graça Carvalhal Correa

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/A

F363 Fernandes, Darci Ramos
Avaliação da função sexual e sua associação com qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em receptores de transplantes renais / Darci Ramos Fernandes. – 2023.
161 f.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sueli Coelho da Silva Carneiro
Coorientadora: Prof.^a Dra. Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Transplante de Rim – Reabilitação – Teses. 2. Qualidade de vida – Pacientes – Teses. 3. Sexualidade – Psicologia. 4. Ansiedade – Diagnóstico – Teses. 5. Depressão – Diagnóstico – Teses. I. Carneiro, Sueli Coelho da Silva. II. Corrêa, Rita da Graça Carvalhal Frazão. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

CDU 613:88:616.61

Bibliotecário: Felipe Caldonazzo
CRB-7/7341

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Darci Ramos Fernandes

**Avaliação da função sexual e sua associação com qualidade de vida e
sintomas de ansiedade e depressão em receptores
de transplantes renais**

Tese apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor em Ciências
Médicas, ao Programa de Pós-graduação em
Ciências Médicas, da Universidade do Estado
do Rio de Janeiro.

Aprovada em 06 de janeiro de 2023.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa
Universidade Federal do Maranhão

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sueli Coelho da Silva Carneiro (Orientadora)
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof.^a Dra. Fernanda Martins Pereira Hildebrandt
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof.^a Dra. Flávia de Freire Cássia
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof.^a Dra. Virgínia Fernanda Januário
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha
Universidade Federal do Maranhão

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Dedico aos transplantados renais do Ambulatório do CPDR do HU-UFMA que participaram com boa vontade e colaboraram para a realização desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Trilhar este caminho só foi possível pela presença de Deus em minha vida e com o apoio, energia e força de várias pessoas, as quais dedico este projeto de vida.

Especialmente à minha orientadora, Profa. Dra Sueli Carneiro, que sempre acreditou em mim, agradeço a orientação exemplar pautada por um elevado nível científico, um interesse permanente, uma visão crítica e oportuna, um empenho excelente e saudavelmente exigente, os quais contribuíram para enriquecer com grande dedicação todas as etapas do trabalho realizado.

À Profa. Dra. Rita Carvalhal, Gerente de Ensino e Pesquisa do HUUFMA, pelo acolhimento e co-orientação deste estudo.

À Profa. Dra Lúcia Holanda, que me apresentou seus alunos da graduação em enfermagem e às enfermeiras da Residência Multiprofissional em Saúde Roseline, Letícia e Vilamara, que colaboraram grandemente na coleta dos dados, imprescindíveis para a realização desta pesquisa.

Às amigas de correria do doutorado Tania Pavão e Aline Sharlom, agradeço o apoio e motivação de vocês que ajudaram a tornar este trabalho uma válida e agradável experiência de aprendizagem. Estou grata pela nossa amizade.

À minha mãe, minhas irmãs e sobrinhas pela total disponibilidade, apoio e encorajamento nos momentos cruciais desta difícil jornada, estou também especialmente grata.

Ao meu marido Rafael e meus filhos Thiago, Leonardo e Isabella pelo apoio incondicional, agradeço a enorme compreensão, generosidade e alegria com que me incentivaram constantemente, contribuindo para chegar ao fim deste percurso, espero poder compensá-los com minha presença nas vidas de cada um.

Às minhas amigas e colegas de profissão Elizabeth Malheiros, Mara Alessandra, Paula Francinete, Sandra Regina e Vivian Brito pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência.

Por fim, o meu profundo agradecimento a toda equipe multiprofissional do Centro de Prevenção de Doenças Renais, especialmente a equipe de enfermagem que muito contribuiu para a concretização desta tese e sobretudo à Psicóloga Ana Cleyde, que também trabalhou com a mesma amostra de transplantados renais em sua dissertação, a qual está vinculada a esta tese.

O primeiro de todos os deveres do homem, onde quer que o leve a sua vocação ou a sua sorte, é a sinceridade, a verdade, a conformidade entre o que diz e o que sente, entre o que obra e o que diz.

Rui Barbosa

RESUMO

FERNANDES, Darci Ramos. *Avaliação da função sexual e sua associação com qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em receptores de transplantes renais*. 2023. 161 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Receptores de transplantes renais vivenciam medos, restrições, redução da sua função sexual, sintomas de ansiedade e depressão, com grande prejuízo da qualidade de vida. O sucesso do transplante renal é avaliado pela taxa de sobrevivência, mas o nível e os fatores relacionados à qualidade de vida dos indivíduos transplantados deve ser uma preocupação dos profissionais de saúde. O objetivo foi avaliar a função sexual e sua associação com a qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em receptores de transplantes renais. Utilizou-se como metodologia, estudo transversal, abordagem quantitativa realizado em um Hospital Universitário no nordeste do Brasil, no período de janeiro a dezembro de 2019, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o Parecer N° 4.236.312. Amostra foi composta por 240 pacientes transplantados renais maiores de 18 anos, em seguimento ambulatorial regular, foram utilizados um formulário para caracterização sociodemográfica e clínica, além de instrumentos validados para avaliar: função sexual (Quociente sexual: versão masculina – QSM e versão feminina – QSF); ansiedade e depressão (Escala de medida de ansiedade e depressão hospitalar – HADS) e qualidade de vida – QV (WHOQOL-Bref). Análise dos instrumentos seguiu critérios estabelecidos pelos autores. Variáveis categóricas descritas por frequências e porcentagem e variáveis quantitativas por média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil. Na avaliação da diferença de proporção entre variáveis categóricas utilizaram-se os testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher, na comparação de médias foi utilizado Teste t de Student para amostras independentes ou a Análise de Variância (ANOVA). Na ausência de normalidade foram utilizados Mann Whitney, Kruskal-Wallis ou Dunnett. Na correlação das variáveis utilizou-se coeficiente de correlação de Spearman. As análises foram realizadas no Data Analysis and Statistical Software (STATA®) versão 25.0. Nível de significância estabelecido de 5% ($p < 0,05$). Os resultados obtidos foram: 240 participantes tinham idade média de 42 anos, as mulheres (123) apresentaram escores mais baixos para QV geral ($p = 0,001$), função sexual baixa ($p < 0,001$), níveis mais altos de sintomas de ansiedade ($p = 0,002$) e sintomas depressivos ($p < 0,001$); Concluiu-se que a função sexual foi fortemente influenciada pelo gênero, idade, estado civil, escolaridade, situação de trabalho, tipo de doador, atividade física e ansiedade. A QV foi negativamente influenciada pelo gênero feminino, idade ≥ 60 anos, ter até 9 anos de estudo, renda mensal < 1 salário, tempo de hemodiálise > 10 anos, ser transplantado renal > 10 anos, não praticar atividade física, presença de ansiedade e depressão. Maiores níveis de ansiedade e depressão foram influenciados pelo gênero, idade, estado civil, e escolaridade. Ressalta-se que o conhecimento sobre os fatores pessoais, ambientais e clínicos e a sua influência sobre a QV é essencial para o desenvolvimento de intervenções que melhorem a QV e a função sexual e minimizem os sintomas de ansiedade e depressão.

Palavras-chave: Transplante renal. Sexualidade. Qualidade de vida. Ansiedade. Depressão.

ABSTRACT

FERNANDES, Darci Ramos. *Evaluation of sexual function and its association with quality of life and symptoms of anxiety and depression in renal transplant recipients*. 2023, 161 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Kidney transplant recipients experience fears, restrictions, reduced sexual function, symptoms of anxiety and depression, with great impairment of quality of life. The success of kidney transplantation is assessed by the survival rate, but the level and factors related to the quality of life of transplanted individuals should be a concern of health professionals. The objective to evaluate sexual function and its association with quality of life and symptoms of anxiety and depression in kidney transplant recipients. It was used as a study methodology, cross-sectional study, quantitative approach conducted in a University Hospital in northeastern Brazil, from January to December 2019, approved by the Ethics and Research Committee of the University Hospital of the Federal University of Maranhão under opinion nº 4,236,312. A sample consisted of 240 renal transplant patients older than 18 years of age, in regular outpatient follow-up, a form was used for sociodemographic and clinical characterization, in addition to validated instruments to evaluate: sexual function (Sexual quotient: male version - QSM and female version - QSF); anxiety and depression (Hospital anxiety and depression measurement scale - HADS) and quality of life - QOL (WHOQOL-Bref). Analysis of the instruments followed criteria established by the authors. Categorical variables described by frequencies and percentage and quantitative variables by mean and standard or median deviation and interquartile interval. In the evaluation of the difference in proportion between categorical variables, the Chi-square or Fisher's exact tests were used, in the comparison of means, student's t-test was used for independent samples or variance analysis (ANOVA). Mann Whitney, Kruskal-Wallis or Dunnett were used in the absence of normality. Spearman's correlation coefficient was used in the correlation of the variables. The analyses were carried out in Data Analysis and Statistical Software (STATA®) version 25.0. Established significance level of 5% ($p < 0.05$). The results obtained were: the 240 participants had a mean age of 42 years, women (123) had lower scores for general QOL ($p = 0.001$), low sexual function ($p < 0.001$), higher levels of anxiety symptoms ($p = 0.002$) and depressive symptoms ($p < 0.001$). It was concluded that: sexual function was strongly influenced by gender, age, marital status, education, work situation, type of donor, physical activity and anxiety. QoL was negatively influenced by female gender, age ≥ 60 years, having up to 9 years of schooling, monthly income < 1 salary, hemodialysis time > 10 years, being renal transplant > 10 years, not practicing physical activity, presence of anxiety and depression. Higher levels of anxiety and depression were influenced by gender, age, marital status, and schooling. It is emphasized that knowledge about personal, environmental, and clinical factors and their influence on QoL is essential for the development of interventions that improve QoL and sexual function and minimize symptoms of anxiety and depression.

Keywords: Kidney transplantation. Sexuality. Quality of life. Anxiety. Depression.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNCDO	Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CPDR	Centro de Prevenção de Doenças Renais
DCE	Doador com Critério Expandido
DP	Diálise Peritoneal
DRC	Doença Renal Crônica
DRCT	Doença Renal Crônica Terminal
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HADS-A	Hospital Anxiety and Depression Sub Scale Anxiety
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Sub Scale Depression
HD	Hemodiálise
HUUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRA	Insuficiência Renal Aguda
KDIGO	Kidney disease Improving Global Outcomes
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PMP	Por milhão de população
QS-F	Quociente Sexual Feminino
QS-M	Quociente Sexual Masculino
QV	Qualidade de Vida
SARS-CoV2	Coronavírus
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFGe	Taxa e filtração glomerular estimada
TR	Transplante Renal
TRS	Terapia Renal Substitutiva
TxR	Transplante Renal
WHO	World Health Organization

WHOQOL World Health Organization quality of life

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	REVISÃO DE LITERATURA	14
1.1	Doença Renal Crônica	14
1.2	Terapias Renais Substitutivas	16
1.3	Diálise Peritoneal	16
1.4	Hemodiálise	17
1.5	Transplante Renal	18
1.6	Tipos de doadores	20
1.6.1	<u>Doador vivo segundo Garcia et al. (2017)</u>	20
1.6.2	<u>Doador falecido, segundo Garcia et al. (2017)</u>	21
1.7	Aspectos Epidemiológicos do Transplante Renal	21
1.8	Função Sexual no transplantado renal	23
1.9	Qualidade de Vida no transplantado renal	24
1.10	Ansiedade e Depressão no transplantado renal	26
2	OBJETIVOS	29
2.1	Geral	29
2.2	Específicos	29
3	MÉTODOS	30
3.1	Organização do estudo	33
3.2	Estudo 1 – Fatores relacionados a função sexual em pacientes transplantados renais	34
3.3	Estudo 2 – Fatores relacionados a função sexual em pacientes transplantados renais	48
3.4	Estudo 3 – Função sexual, qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em receptores de transplantes renais	62
4	DISCUSSÃO	86
4.1	Resultados obtidos pelo primeiro estudo original	87
4.2	Resultados obtidos pelo segundo estudo original	89
4.3	Resultados obtidos pelo terceiro estudo original	90
	CONCLUSÕES	94

REFERÊNCIAS.....	96
APÊNDICE A –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	106
APÊNDICE B – Questionário de dados sócio econômicos e clínicos	108
ANEXO A – Questionário Quociente sexual feminino (QS-F)	110
ANEXO B – Questionário Quociente sexual masculino (QS-M).....	111
ANEXO C – Questionário Escala de Medida de Ansiedade e Depressão.....	112
ANEXO D – Questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOLBref).....	113
ANEXO E – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	116
ANEXO F – Fatores relacionados a ansiedade e depressão em pacientes transplantados renais (1º estudo publicado)..	123
ANEXO G – Fatores relacionados a função sexual em pacientes transplantados renais (2º artigo publicado).....	134
ANEXO H – Função sexual, qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em receptores de transplantes renais (3º artigo publicado).....	145

INTRODUÇÃO

O transplante renal é considerado a melhor opção terapêutica para o paciente com doença renal crônica em estágio terminal (DRCT), tanto do ponto de vista médico, quanto social ou econômico. Indicado ao paciente em diálise ou em fase pré-dialítica (BRASIL, 2014).

Segundo Moreira et al. (2014), a DRC tem o potencial de limitar a capacidade funcional, a produtividade e a qualidade de vida das pessoas por ela afetadas, gerando elevada prevalência de transtornos psiquiátricos associados, entre os quais ansiedade e depressão.

A DRCT tem um forte impacto na função sexual tanto do homem quanto da mulher, ao afetar claramente a sua qualidade de vida e provocar a disfunção sexual, uma doença benigna muito comum e subdiagnosticada, de causa multifactorial (GONÇALVES; LOUREIRO; FERNANDES, 2019).

O conceito abrangente de qualidade de vida é também integrado pela função sexual e reprodutiva saudáveis, as quais se encontram frequentemente comprometidas nos pacientes com DRC (PERTUZ et al., 2014).

A qualidade de vida dos indivíduos pode ser influenciada por diversos fatores, dentre eles a satisfação sexual, considerada um estado de bem estar global relacionado à sexualidade. Também a qualidade sexual está modernamente associada à qualidade de vida (TAN; TONG; HO, 2012).

As doenças crônicas comprometem vários aspectos da qualidade de vida, sendo a DRC responsável por 20% a 30% dos casos de depressão de pacientes em terapia renal substitutiva, influenciando negativamente a qualidade de vida e constituindo-se como um fator que pode afetar significativamente a morbidade e a mortalidade, e comprometer a satisfação sexual devido aos efeitos deletérios que podem ser irreversíveis (FLEURY; ABDO, 2012).

Segundo Cabral et al. (2015), as anormalidades hormonais, a neuropatia periférica, a doença vascular e alguns medicamentos contribuem para o aparecimento de distúrbios sexuais, que também podem ser precedidos por problemas psicológicos e emocionais, os quais, nem sempre recebem atenção adequada.

Embora uma atividade sexual saudável integre o conceito de qualidade de

vida relacionada a saúde, poucos estudos abordam essa temática em pacientes transplantados renais no Brasil. Desta forma, dimensionar a influência de fatores socioeconômicos e clínicos na função sexual, qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes transplantados renais, considerando tempo de hemodiálise, tempo de transplante, tipo do doador é um assunto relevante não apenas aos indivíduos nessas situações, como também aos gestores de saúde, a fim de poderem melhor subsidiar o tratamento e evitar complicações.

Diante do exposto, o presente estudo será desenvolvido com o propósito de avaliar a função sexual e sua associação com a qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em receptores de transplantes renais no Serviço de Nefrologia de um Hospital Universitário no nordeste do Brasil, a fim de contribuir para a compreensão da realidade vivenciada pelos transplantados renais, possibilitando dados que possam subsidiar equipes de saúde para realização de ações e intervenções conforme as necessidades desses pacientes.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Doença Renal Crônica

Considerada um importante problema de saúde pública em todo o mundo, a DRC causa grande impacto negativo na expectativa e qualidade de vida de seus portadores e demanda parte significativa dos recursos alocados para a saúde (CRESTANI; VALMIR; RODRIGO, 2013).

A DRC pode ser definida como um dano sustentado do parênquima renal que leva à deterioração crônica da função renal e pode progredir gradualmente para doença renal crônica terminal (DRCT), necessitando de terapia renal substitutiva (TRS), e na ausência da TRS a doença renal terminal permanece uniformemente fatal (KE; LIANG; LIU, et al., 2022).

As Diretrizes para Avaliação e Manuseio da DRC na Prática Clínica - (Kidney Disease Improvement Global Outcomes – KDIGO), definem DRC como sendo anormalidades funcionais ou estruturais dos rins, presentes por mais de três meses, com implicações para a saúde do paciente, independentemente do diagnóstico clínico, segundo os critérios: presença de albuminúria e diminuição da função renal, ou seja, a taxa de filtração glomerular (TFGe) abaixo de 60 ml/min/1,73m² (KDIGO, 2013). Ao contrário do que se observa na maioria dos casos de Injúria Renal Aguda (IRA), na DRC não ocorre regeneração do parênquima renal, e por isso a perda de néfrons, por definição, é irreversível (KDIGO, 2013).

Pacientes com DRC em estágio avançado sofrem de uma ampla gama de sintomas. Evidências comprovam que os sintomas de DRC estão correlacionados negativamente com a qualidade de vida e positivamente com o aumento das taxas de morbimortalidade. Estudos realizados em pacientes nos estágios 4-5 da DRC mostram que a redução da mobilidade e fraqueza são vivenciadas por mais de dois terços dos pacientes, enquanto inapetência, dor e prurido são relatados em 60% dos casos. Referente à quantidade de sintomas e gravidade, os pacientes com DRC estágio 5, tratados de maneira conservadora, apresentaram uma carga de sintomas semelhante à de uma população avançada de câncer (JANMAAT et al., 2020).

A etiologia primária da DRC varia de acordo com o cenário do paciente, sendo

as mais comuns são a hipertensão arterial (34%), o diabetes (31%), segundo dados de um levantamento em unidades de diálises do Brasil cadastradas na Sociedade Brasileira de Nefrologia em 2018 (NEVES et al., 2020), ao passo que disparidades socioeconômicas, raciais e de gênero são também fatores determinantes. Em países desenvolvidos, o rastreamento estima prevalência da doença renal crônica entre 10 e 13% na população adulta. Nos países em desenvolvimento, os dados de prevalência são limitados e heterogêneos (COUTO et al., 2017; MARINHO et al., 2017).

A prevalência de DRC no Brasil é elevada. Estima-se que 11 a 22 milhões de habitantes adultos apresentem algum grau de disfunção renal, numa população com cerca de 200 milhões de habitantes e 70% de população adulta (DRAIBE, 2014)

Conforme a mais recente diretriz Kdigo (2013), a DRC pode ser dividida em seis estágios de acordo com a taxa de filtração glomerular (TGF) e três estágios conforme a albuminúria:

- a) TFG (G1, G2, G3a, G3b, G4 e G5), sendo que o estágio G1 é caracterizado por função renal normal e o G5 por falência renal terminal, com TFG abaixo de 15 mL/min; e
- b) albuminúria, apresenta três estágios (A1, A2 e A3), sendo A1 normal a levemente elevada (300 mg/g);

A partir do cruzamento dessas informações, é possível classificar o risco de desenvolvimento de DRC em baixo risco, risco moderado, alto risco e muito alto risco. Essas duas classificações diferentemente unidas estagiam a doença, assim como dão seu prognóstico.

Para determinar as causas da doença renal deve-se avaliar o contexto clínico, incluindo a história pessoal e familiar, fatores ambientais, medicamentos, exame físico, medidas laboratoriais, exames de imagens e diagnósticos histopatológicos.

Quando a TFG apresenta-se inferior ou igual a 15 ml/min/1,73 m², o paciente está na fase terminal ou dialítica, restando a Terapia Renal Substitutiva (TRS), disponível nas modalidades: diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal intermitente (DPI), diálise peritoneal automatizada (DPA), hemodiálise(HD) e o transplante renal (TR) (ZANESCO et al., 2017).

1.2 Terapias Renais Substitutivas

A DRC, segundo a KDIGO (2013) é classificada em cinco estágios, na qual o estágio cinco é caracterizado como Doença Renal Crônica Terminal (DRCT), em que o indivíduo apresenta disfunção renal grave e necessita de TRS, que têm como finalidade compensar os danos da perda da função renal, o que inclui acumulação de resíduos nitrogenados, distúrbios eletrolíticos, acidose metabólica e sobrecarga de volume.

Embora o tratamento conservador seja uma opção alternativa em potencial, especialmente em idosos com expectativa de vida limitada. O aconselhamento sobre as opções de TRS (transplante renal, hemodiálise, diálise peritoneal) deve ser coordenado pelo nefrologista e envolver uma equipe multidisciplinar (ROMAGNANI et al., 2017).

A escolha do método de TRS deve levar em consideração a opção do paciente e sua condição clínica, de acordo com avaliação da equipe multiprofissional. Antes do início da TRS é recomendado que o paciente assine um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) sobre a modalidade escolhida e esse termo deve ser anexado ao prontuário (BRASIL, 2014).

1.3 Diálise Peritoneal

A diálise peritoneal (DP) é um tratamento estabelecido na terapia renal substitutiva e pode ser realizado em casa sem equipamentos volumosos e pode manter uma alta qualidade de vida. No entanto, o tratamento a longo prazo da DP causa alterações patológicas no peritônio, como descolamento de células mesoteliais, fibrose do interstício, aumento de novos vasos sanguíneos e estreitamento das cavidades vasculares (HIGUCHI et al., 2020).

A diálise peritoneal usa uma membrana peritoneal como interface de troca para eliminar as toxinas urêmicas do sangue. Para isso, um cateter transcutâneo é implantado na cavidade peritoneal que pode ser drenado diariamente e utilizado para reabastecer o fluido de dialisato. Algumas horas após, inicia o equilíbrio entre uremia,

sangue e dialisado fresco, sendo esperado que a cada procedimento drene excesso de líquidos e resíduos metabólicos, incluindo toxinas urêmicas. Pacientes iniciando a diálise peritoneal mostram melhores resultados iniciais e preservação da função renal residual nos primeiros 2 anos, em comparação com pacientes em hemodiálise (ROMAGNANI et al., 2017).

Aproximadamente 9% dos portadores de insuficiência renal crônica (IRC) que necessitam de TRS no Brasil submetem-se à diálise peritoneal. Essa modalidade de tratamento que utiliza a membrana peritoneal para realizar trocas entre o sangue e a solução de diálise, tem como princípios fundamentais: difusão, por onde são retirados os solutos, ultrafiltração, por onde é retirado o excesso de volume e a convecção, remoção de solutos junto ao líquido filtrado (VIEIRA NETO; ABENSUR, 2016).

Pacientes que optarem por diálise peritoneal, deverão ser encaminhados, após avaliação pelo Nefrologista, juntamente com seus familiares, para treinamento pela equipe multidisciplinar (BRASIL, 2014).

1.4 Hemodiálise

A hemodiálise é o método mais utilizado no tratamento das DRC. O processo ocorre através da remoção do sangue do corpo por um tubo para ser bombeado por uma máquina por meio de um dialisador (“rim artificial”). Após o processo de filtração, o sangue retorna ao corpo do paciente, através de outro tubo. Para que o sangue seja filtrado, é necessária a colocação de um cateter ou a confecção de uma fístula arteriovenosa (SILVIERO et al., 2013)

Segundo as diretrizes do KDIGO (2013), a diálise deve ser iniciada quando aparecem sinais e sintomas atribuíveis à falência renal de difícil controle, inabilidade para controlar o status volêmico e a pressão arterial, deterioração progressiva do perfil nutricional refratária às intervenções dietéticas ou ainda, comprometimento cognitivo. Todavia, não existe um consenso sobre o valor da TFG para iniciar o tratamento dialítico. O início da diálise deve ser baseado essencialmente em fatores clínico-laboratoriais, em detrimento da TFG analisada isoladamente.

Para o tratamento dialítico faz-se necessária a confecção de acesso vascular

permanente: fístula arteriovenosa (FAV), é o acesso preferencial e a precocidade da sua confecção reduz a necessidade do uso de cateter central de urgência, além da maior meia vida e menor taxa de infecção dessa via de acesso (NEVES JR et al., 2013).

De acordo com BRASIL (2014), o tempo de hemodiálise varia com o estado clínico do paciente, em geral, tem duração de quatro horas e ocorrem três ou quatro vezes por semana. Dependendo da situação clínica do paciente esse tempo varia de 3 a 5 horas por sessão e pode ser feita 2, 3, 4 vezes por semana ou até mesmo diariamente. Se a diálise não estiver adequada, ajustes serão feitos na forma como a hemodiálise está sendo realizada, atingindo então o desempenho esperado.

Caso o paciente opte pela hemodiálise como TRS, pode-se encaminhá-lo, após avaliação criteriosa pelo Nefrologista, para confecção de fístula arteriovenosa em serviço de referência (BRASIL, 2014).

1.5 Transplante Renal

O transplante renal foi (TR) introduzido como terapia substitutiva em larga escala a partir da década de 1960, alcançando expressivo e crescentes índices de sucesso na década de 1980, tendo se destacado como opção terapêutica por estar associado à maior sobrevida e qualidade de vida (TAMINATO et al., 2015).

Na década de 1990, o TR foi reconhecido por oferecer uma vantagem de sobrevida para pacientes com doença renal em estágio terminal em relação à manutenção em diálise. Embora o risco de morte seja maior imediatamente após o transplante, em poucos meses ele se torna muito menor se comparado a pacientes em diálise. A sobrevida após o transplante varia de acordo com a saúde do paciente e a qualidade do órgão transplantado. Em geral, os pacientes que obtêm o maior benefício dos transplantes em termos de anos de vida ganhos são os diabéticos, principalmente os mais jovens. Aqueles com idades entre 20 e 39 anos vivem cerca de 8 anos em diálise versus 25 anos após o transplante (AUGUSTINE, 2018).

O transplante renal é considerado a forma mais eficaz de TRS por proporcionar um aumento na sobrevida do paciente a longo prazo, e uma melhor qualidade de vida se comparado às outras formas de TRS (DE SOUSA MATOS et

al., 2016).

Moura et al. (2022), descreve que o paciente com DRC pode ser transplantado sem nunca ter feito diálise antes do transplante, o que se chama de “transplante preemptivo”, aplicável a cerca de 10% dos receptores de transplante. No Brasil, o transplante preemptivo só pode ser realizado com doador vivo que tende a se sair melhor após o transplante. O transplante renal naqueles que já iniciaram diálise pode ser por doador vivo ou falecido.

A lista de doador falecido é estadual e regulada pela Central Nacional de Transplantes e, ao contrário do que muitos pacientes acreditam, o momento de inscrição é apenas um dos critérios de posição, sendo a tipagem sanguínea e o perfil de compatibilidade os principais fatores determinantes na escolha do receptor. Quanto mais compatível maior a sobrevida do enxerto renal (MOURA et al., 2022).

Descrito como o tratamento mais efetivo para a doença renal crônica terminal, o transplante renal proporciona melhor qualidade de vida e sobrevida ao paciente em longo prazo. A demanda aumentada para transplantes eleva o número dos candidatos inscritos em listas de espera, determinando a maior aceitação de órgãos de doadores falecidos limítrofes (doador com critério expandido - DCE), anteriormente descartados. DCE são aqueles com idade superior ou igual a 60 anos, ou os doadores com idade entre 50-59 anos, com pelo menos dois entre três fatores de risco adicionais: acidente vascular cerebral, história de hipertensão arterial e creatinina sérica acima de 1,5 mg/dl antes do transplante (MOTA et al., 2016).

Um transplante bem-sucedido e em tempo hábil é a maior expectativa do paciente renal crônico, mas, apesar de representar uma alternativa de tratamento, não é garantia de cura quando se consideram as implicações que envolvem a cirurgia e o pós-operatório. Também é um tratamento que apresenta excelente prognóstico, mas, tem como fatores dificultadores as grandes filas de espera e a incompatibilidade de doadores (KNHS et al, 2013).

Após o transplante renal, iniciam-se os cuidados médicos que vão durar por toda a vida do transplantado. Durante os primeiros 15 a 20 dias, exames clínicos e laboratoriais são feitos diariamente para diagnosticar e prevenir as rejeições. Depois da alta, o transplantado faz exames clínicos e laboratoriais semanalmente por 30 dias e após, duas vezes por mês. Os três primeiros meses são os mais difíceis e perigosos, porque é o período no qual ocorre o maior número de rejeições e complicações infecciosas. A partir do terceiro mês os exames são realizados

mensalmente durante 6 meses, e o controle vai se espaçando conforme a evolução clínica e o estado do rim (ABTO, 2019).

1.6 Tipos de doadores

1.6.1 Doador vivo segundo Garcia et al. (2017)

Qualquer pessoa maior de idade e juridicamente capaz pode dispor gratuitamente de tecidos ou órgãos, para fins terapêuticos ou de transplante em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, ou em qualquer outra pessoa, desde que haja justificativa médica e autorizações ética e judicial para o procedimento (exceto para medula óssea). Essas medidas visam, principalmente, coibir o comércio de órgãos.

A doação só é permitida quando se tratar de órgãos duplos, partes de órgãos, tecidos ou partes do corpo cuja retirada não impeça o organismo do doador de continuar vivendo sem risco, não represente grave comprometimento de sua saúde física e mental, não cause mutilação ou deformação inaceitável e corresponda a uma necessidade terapêutica indispensável ao receptor.

O doador deverá ser previamente informado sobre as consequências e os riscos possíveis da retirada de órgão, tecido ou parte do corpo para doação. A doação deverá ser autorizada, preferencialmente em documento escrito e diante de testemunhas, qual órgão, tecido ou parte do corpo será objeto da retirada e para quem será feita a doação.

A pessoa juridicamente incapaz poderá fazer doação de medula óssea, desde que haja consentimento de ambos os pais ou seus responsáveis legais, autorização judicial e o ato não oferecer risco para a sua saúde. A doação poderá ser revogada pelo doador ou por seus responsáveis legais a qualquer momento antes do início do procedimento.

Os doadores vivos devem receber acompanhamento médico por toda a vida, por meio de consultas de investigação básica de seu estado de saúde. Além disso, a Portaria 2.600, de 2009, do Ministério da Saúde, determina que aqueles que

fizeram doação de órgão, tecido ou parte do corpo tenham prioridade em lista de espera caso venham a necessitar de transplante.

1.6.2 Doador falecido, segundo Garcia et al. (2017)

Para que haja um doador falecido é necessária comprovação da morte encefálica cujo diagnóstico é confirmado segundo critérios clínicos definidos pelo Conselho Federal de Medicina e já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial. A morte encefálica, portanto, será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares.

Os testes devem ser feitos por dois médicos distintos e capacitados para o diagnóstico de morte encefálica e nenhum podendo estar envolvido com equipes de remoção ou de transplante. Os familiares deverão ser informados do início da verificação de morte encefálica. É permitida a presença de um médico de confiança da família no ato da comprovação da morte encefálica. O óbito deve ser constatado no momento do diagnóstico de morte encefálica, com registro da data e do horário. Após o diagnóstico, o hospital deve, obrigatoriamente e em caráter de urgência, comunicar a Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO) de seu estado, informando nome, idade e causa da morte.

A decisão de doar os órgãos cabe ao cônjuge ou familiar até 2º grau do falecido. Em caso de pessoa juridicamente incapaz – como, por exemplo, menor de idade, deverá haver a autorização de ambos os pais ou responsáveis legais. A autorização será firmada em um documento (Consentimento Informado), e deverá ser testemunhada por duas pessoas que estejam presentes no momento da verificação da morte. Em caso de pessoas não identificadas, a retirada de órgãos e tecidos é proibida.

1.7 Aspectos Epidemiológicos do Transplante Renal

Em 2019 o Brasil era considerado o segundo país em número de transplantes

ano, perdendo somente para os Estados Unidos, com cerca de 18.000 transplantes renais ao ano, no entanto realiza cerca de 60% de transplantes a mais que a França, que ocupa o terceiro lugar. Comparado a outros países da América Latina, claramente o Brasil ocupa posição de destaque com quase três vezes mais transplantes realizados ao ano que a Argentina, com 1.198 transplantes anuais (ABTO, 2019; PIOVESAN; NAHAS, 2018).

Durante o ano de 2019 foram realizados no Brasil 6.283 transplantes renais, dos quais 1.073 com doador vivo e 5.210 com doador falecido. As regiões sudeste e sul foram as que realizaram a maioria dos transplantes em números absolutos: 3.345 e 1.387 respectivamente. Na região nordeste houve um total de 1.146 transplantes renais; sendo que 25 foram realizados no Maranhão (ABTO, 2019).

No Brasil, no primeiro semestre de 2020, devido ao Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), houve diminuição dos transplantes em geral, pela suspensão de grande parte dos serviços de saúde (ABTO, 2020). O transplante renal foi o mais comprometido, pela possibilidade de tratamentos alternativos, como diálise peritoneal e hemodiálise, ressaltando-se a maior letalidade por Covid-19 no transplante do que no tratamento dialítico (VIEIRA et al., 2022).

Em 2020 foram realizados no Brasil 4.805 transplantes renais: 441 com doador vivo e 4.364 com doador falecido. As regiões sudeste e sul realizaram a maioria dos transplantes em números absolutos: 2.734 e 1.037 respectivamente. Na região nordeste realizaram apenas 29 transplantes renais; sendo 11 foram realizados no Maranhão. Nesse período, os transplantes de rim com doador vivo, por serem eletivos, foram suspensos na maioria dos estados. Houve redução de 24,5% na taxa de transplantes renais (ABTO, 2020).

Em 2021 foram realizados no Brasil 4.750 transplantes renais sendo 581 com doador vivo e 4.169 com doador falecido. As regiões sudeste e sul realizaram a maioria dos transplantes em números absolutos: 2.781 e 896 respectivamente. Na região nordeste houve um total de 802 transplantes renais, 20 foram realizados no Maranhão. Nesse período houve uma redução de 2% no transplante renal em relação ao ano anterior, ficando 26% abaixo da taxa anterior à pandemia (ABTO, 2021).

1.8 Função Sexual no transplantado renal

Souza Júnior et al, (2022), descrevem que a função sexual está relacionada a capacidade somática dos órgãos genitais em realizar as etapas da resposta do ciclo sexual em sua dimensão biofisiológica. Já a disfunção sexual, ocorre quando há alteração em alguma das fases da atividade sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução).

A função sexual é sensível à doença, ao sofrimento psicológico e ao desequilíbrio das relações interpessoais. Na maioria dos casos, a doença crônica é associada com a disfunção sexual, resultando na diminuição da atividade sexual em decorrência do mal estar, da fadiga e de mudanças na imagem corporal, o que impacta de forma significativa no relacionamento do paciente com o parceiro (MAGRO; MENDES; GALÃO, 2013).

Alguns autores relatam que o transplante renal melhora a função sexual, pela normalização metabólica e hormonal e melhoria dos problemas psicológicos. Contudo, tem sido registada uma prevalência de disfunção sexual após o transplante renal variando entre 36% e 60%, um valor elevado quando comparado à população geral (GONÇALVES; LOUREIRO; FERNANDES, 2019).

A disfunção sexual pós-transplante é multifatorial, estando relacionada com: 1) alterações fisiológicas instaladas ainda na fase de doença renal crônica pré-transplante; 2) presença de comorbidades (como o surgimento de diabetes mellitus ou de patologia hormonal); 3) a necessidade de implementação de terapêuticas dirigidas às comorbidades; 4) o surgimento de fatores psicológicos com impacto negativo (EDEY, 2017).

As disfunções sexuais mais comuns em transplantados renais incluem a diminuição da libido em ambos os sexos: nos homens a disfunção erétil relacionada ao uso de medicamentos, alterações hormonais, alterações da irrigação vascular da área pélvica e presença de depressão; nas mulheres se destacam a disfunção ovariana, amenorréia, diminuição ou perda da libido, da fertilidade, diminuição da lubrificação vaginal e satisfação sexual, com incapacidade para atingir o orgasmo (GONÇALVES; LOUREIRO; FERNANDES, 2019; MAGRO; MENDES; GALÃO, 2013).

Após a realização do transplante é necessário utilizar medicamentos

imunossupressores para evitar a rejeição do enxerto. No entanto, os imunossupressores (no gênero masculino) podem causar dificuldade na ereção, por competição medicamentosa com a produção de testosterona (MAGRO; MENDES; GALÃO, 2013). Desse modo os resultados são diferentes para homens e mulheres após o transplante renal: mulheres retomam (ou iniciam) vida sexual ativa e prazerosa; os homens demoram mais a ter ou perceber a vida sexual como satisfatória. Os aspectos culturais e étnicos, devido sua ligação, dificultam a definição de função sexual ou a frequência de atividade sexual normais (GONÇALVES; LOUREIRO; FERNANDES, 2019).

Após o transplante renal, pacientes do sexo feminino precisam tomar várias precauções para evitar uma gestação durante o período de recuperação da cirurgia, sendo recomendado o uso de métodos contraceptivos. Ressalta-se que uma gravidez bem-sucedida após o transplante é possível, mas, deve ser planejada sob supervisão médica, do contrário, pode ocorrer em um momento inadequado do ponto de vista metabólico, tendo como risco a rejeição do enxerto (CANDIDO et al., 2016).

Candido et al. (2016), afirmam que um dos benefícios do transplante renal é a reversão da disfunção gonadal e a restauração da fertilidade e, cerca de 2% das mulheres transplantadas renais em idade fértil, engravidam durante o seguimento, o que pode ser um aspecto positivo associado ao transplante renal. Contudo, constituem um grupo de alto risco, especialmente em relação à gravidez, devido a possibilidade de complicações potencialmente fatais tanto para a gestante quanto para o feto.

1.9 Qualidade de Vida no transplantado renal

A qualidade de vida (QV) é um construto multidimensional proposto como um indicador de saúde da população e sua avaliação é utilizada para estimular ações de promoção da saúde. O Grupo WHOQOL definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (WHOQOL Group, 1995).

O Grupo WHOQOL (1995), considera o conceito de QV como um conceito

bastante amplo, que incorpora, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente. Trata-se, portanto, de uma noção que envolve muitos significados e diz respeito ao grau de satisfação do indivíduo nas várias esferas de sua vida.

Souza et al. (2016) relatam que a realização do transplante renal não representa a cura da doença, visto que a pessoa permanece na condição de doente crônico, realizando tratamento contínuo. A transplantação renal implica modificações e adaptações principalmente em relação ao período pós-transplante, onde a pessoa apresenta necessidades no campo emocional diante de sua nova condição clínica, necessitando se preparar para o convívio familiar e inserção na sociedade. Além disso, necessitam de assistência e cuidados de saúde contínuos, tais como o uso de imunossupressores e o acompanhamento ambulatorial, que igualmente irão impactar na sua QV.

Rocha et al. (2021), ao estudarem a QV e autoestima de transplantados renais concluíram que esses pacientes não costumam relatar melhorias significativas em sua QV após o transplante, visto que continuam necessitando de cuidados continuados. Dessa forma, propuseram que a QV no ponto de vista social e físico pode melhorar após o transplante renal, mas a autoestima permanece baixa.

De acordo com Marques et al. (2017), a redução de estressores, como a interrupção do tratamento dialítico e a interferência deste na vida diária, facilitação da vida profissional e melhora do apoio social, são considerados fatores que podem prever melhora da QV de pacientes submetidos a transplante renal. Entretanto, apresentam fatores que influenciam de forma negativa, como as comorbidades, a função renal por si só, os episódios de rejeição e de internações, situação de trabalho, efeitos adversos dos medicamentos, aparência física, questões relacionadas à função sexual, estresse, ansiedade e culpa (FONTOURA, 2012).

Vários estudos mostram que a QV de pacientes em TRS é comprometida, mas pacientes transplantados tem melhores índices de QV que pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal. Mostram ainda que fatores socioeconômicos, demográficos e clínicos exercem impacto considerável sobre a QV (ALVARES, 2013).

Segundo Fontoura (2012), estudos que enfatizam QV após o transplante renal, utilizando como instrumentos de medida o questionário fechado, percebem

que esta terapêutica é determinante na QV dos pacientes, visto que as limitações relacionadas a “dependência da máquina” são superadas. Entretanto, apresentam fatores que influenciam de forma negativa, como as comorbidades, a função renal por si só, os episódios de rejeição e de internações, situação de trabalho, efeitos adversos dos medicamentos, aparência física, questões relacionadas à função sexual, estresse, ansiedade e culpa.

1.10 Ansiedade e Depressão no transplantado renal

A ansiedade e a depressão são consideradas transtornos mentais mais comuns na DRC, trazendo um impacto importante na morbidade e mortalidade desses pacientes. Também interferem no comportamento de autocuidado, fundamental para a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, nos resultados positivos de saúde. O desgaste emocional provocado pela DRC e pelas demandas da TRS impacta na QV e nos custos de saúde (ALVARES et al., 2013; FRIEDLI et al., 2017).

O desenvolvimento de transtornos mentais pode ser influenciado pela situação social do paciente, de modo que a condição clínica e a cronicidade, implicam limitação ou mesmo perda da capacidade de trabalho, deterioração financeira e aumento do isolamento nas relações interpessoais (BRITO et al., 2019).

Os pacientes que realizam a TRS estão mais sujeitos à diminuição da sua QV em relação à população em geral e a maior prevalência de transtornos de humor. Nesses pacientes a relação entre qualidade de vida é inversamente proporcional à prevalência de ansiedade e depressão (STASIAK et al., 2014).

A ansiedade é um estado emocional que inclui componentes psicológicos e fisiológicos que fazem parte do estado normal das experiências humanas, não envolvendo um construto unitário e inclui distúrbios que compartilham características de medo excessivo e distúrbios comportamentais relacionados (KOCSIS, 2013).

Em relação à população em geral, Ottaviani et al. (2016), descrevem que pacientes com DRC que realizam terapia renal substitutiva estão sujeitos à maior prevalência de transtornos de humor e possuem elevadas taxas de ansiedade e

depressão. Tal situação pode representar aumento na morbimortalidade desses pacientes, comprometer a aderência à terapêutica, interferir na condição imunológica e nutricional, seja pelos sintomas da depressão ou da ansiedade em si, ou pelos sintomas associados, como perda da concentração, perda da motivação, distúrbios do sono, fadiga, humor depressivo e dificuldade de compreender informações.

Algumas vezes, a ansiedade está associada à depressão, definida pela World Health Organization, como um transtorno mental comum, que se caracteriza por tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, oscilações entre sentimento de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou do apetite. Dados da OMS calculam que mais de 350 milhões de pessoas sofram de depressão, a nível mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Um estudo que comparou pacientes em hemodiálise aos transplantados renais, encontrou maior prevalência de depressão e ansiedade entre pacientes em hemodiálise. Demonstrando assim, que um transplante bem-sucedido melhora o rim, o metabolismo, as funções endócrinas e mentais, além da qualidade de vida de desses pacientes (OZCAN et al., 2015).

O estudo de Rocha, et al. (2020), descreve a depressão como uma alteração emocional importante que está relacionada ao comprometimento da qualidade de vida e aumento da morbimortalidade em pacientes em DRCT, no entanto o transplante renal oferece vantagens significativas de sobrevivência, trazendo benefícios emocionais e psicológicos aos pacientes, contudo introduz novas preocupações, como o medo de perder o novo rim e complicações que podem levar à angústia emocional, gerando sentimentos de expectativas, sensações de incertezas e frustrações com o rim transplantado.

Segundo Alvares (2013), a depressão é uma alteração emocional importante que está associada com o comprometimento da qualidade de vida e o aumento da morbidade e mortalidade em pacientes em estágio final da doença renal.

A ansiedade e a depressão são transtornos mentais que quando estão presentes na DRCT se encontram associados a várias condições e levam a piores desfechos de saúde, com impactos diretos na qualidade de vida e sobrevivência dos pacientes. Também estão associadas às formas de comportamento insalubres, como uso de álcool e tabaco, maus hábitos alimentares, sedentarismo e descumprimento do tratamento. Esses fatores se traduzem em riscos aumentados

de eventos clínicos e necessidade de serviços de emergência, resultando em maiores custos de saúde (BRITO et al., 2019).

Após o transplante podem surgir distúrbios psicológicos tais como mudanças no humor, transtornos de ansiedade, depressão e alterações psicológicas e psicossociais que acarretam uma piora na qualidade de vida do paciente transplantado (ALENCAR et al. 2015).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a função sexual e sua associação com a qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em receptores de transplantes renais.

2.2 Específicos

Os objetivos específicos são:

- a) identificar características sociodemográficas e clínicas da amostra em estudo;
- b) avaliar a função sexual, a qualidade de vida e os sintomas de ansiedade e depressão;
- c) correlacionar função sexual com a qualidade de vida e com os sintomas de ansiedade e depressão em receptores de transplantes renais; e
- d) associar os aspectos sociodemográficos e clínicos com função sexual, qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão nos receptores de transplante renal.

3 MÉTODOS

Estudo observacional, de corte transversal, descritivo com abordagem quantitativa realizado no Centro de Prevenção de Doenças Renais (CPDR), do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), Centro de Referência no estado do Maranhão para tratamento de doentes renais crônicos pelo SUS, que contempla a Unidade de Transplante Renal (pioneira/única no Estado do Maranhão), teve seu início em março de 2000, com a realização do primeiro transplante de doador vivo e desde 2005, realiza transplantes renais com doador falecido.

Até o ano de 2019 haviam sido realizados 625 transplantes renais no HU-UFMA, no mesmo período existiam 587 pacientes transplantados renais em acompanhamento ambulatorial regular. Após cálculo amostral, com nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, a amostra ficou estimada em 233 pacientes transplantados renais. Contudo a amostra do presente estudo foi constituída por 240 pacientes transplantados renais em acompanhamento no ambulatório de pós-transplante do CPDR do HU-UFMA, no período de janeiro a dezembro de 2019. Os critérios de inclusão foram: idade ≥ 18 anos na época do transplante renal (TxR), ambos os gêneros, sobrevida ≥ 6 meses pós-TxR, em acompanhamento ambulatorial regular no serviço no período de realização da pesquisa, ter bom funcionamento do enxerto, concordância em participar do estudo.

Para caracterização dos dados sociodemográficos e clínicos foi elaborado um formulário com questões fechadas, composto pelas variáveis: gênero, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda mensal, tempo de hemodiálise, tempo de pós-transplante, tipo de doador, hábitos de vida. Também foram utilizados questionários validados e traduzidos para língua portuguesa.

Antes da abordagem aos pacientes, realizava-se uma busca no sistema de consulta no ambulatório de transplante do CPDR, para verificar quais pacientes seriam atendidos e quais preenchiam os critérios de inclusão. Identificados os possíveis participantes, eles eram convidados a participarem do estudo no dia da consulta.

Considerando a possibilidade de algum participante apresentar baixa acuidade visual e/ou baixo nível instrucional, realizava-se a aplicação dos

instrumentos por meio de entrevista individual, onde inicialmente explicavam-se os objetivos do estudo solicitava-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados eram coletados antes da realização da consulta médica.

A função sexual foi avaliada por meio dos questionários: Quociente Sexual Masculino (QSM) e Quociente Sexual Feminino (QSF), ambos desenvolvidos e validados no Brasil (ABDO, 2007; ABDO, 2009). São formados por dez questões auto responsivas e com linguagem acessível, abrangem os diferentes elementos funcionais e relacionais pertinentes a desempenho/satisfação sexual de ambos os sexos. O escore total do QS-M e do QS-F varia de 0 a 100, onde os valores maiores indicam melhor padrão de desempenho sexual considerando-se: 82 - 100 pontos - bom a excelente; 62 - 80 pontos - regular a bom; 42 - 60 pontos - desfavorável a regular; 22 a 40 pontos - ruim a desfavorável; 0 a 20 pontos - nulo a ruim. O quociente sexual masculino avalia a função sexual masculina e outros domínios, além das diversas etapas do ciclo de resposta sexual, contemplando desejo (questão 1), autoconfiança (questão 2), qualidade da ereção (questão 5 a 7), controle da ejaculação (questão 8), capacidade de atingir o orgasmo (questão 9), e satisfação sexual geral do indivíduo (questões 3, 4 e 10) e de sua parceira (questões 3 e 10) com as preliminares e o intercursos (ABDO, 2007). O quociente sexual feminino avalia a função sexual feminina e outros domínios, além das diversas etapas do ciclo de resposta sexual. As questões 1, 2 e 8 do QS-F avaliam o desejo e o interesse sexual; a questão 3 avalia as preliminares; excitação pessoal e sintonia com o parceiro são avaliadas nas questões 4 e 5; as questões 6 e 7 avaliam o conforto da paciente no ato sexual; orgasmo e satisfação sexual são avaliados nas questões números 9 e 10, respectivamente (ABDO, 2009).

A qualidade de vida foi avaliada utilizando-se o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref), uma versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvido e recomendado pela Organização Mundial da Saúde, valoriza a percepção individual, podendo avaliar a QV em diversos grupos e situações, independentemente do nível de escolaridade (WHOQOL GROUP, 1995). Este instrumento, WHOQOL-BREF, apresenta propriedades psicométricas satisfatórias e demanda pouco tempo de aplicação, foi adaptado e validado para uso no Brasil em 2000, mede a percepção do participante em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente: 1) domínio físico relaciona-se às condições orgânicas do paciente, ou seja, se apresenta dor e desconforto, se precisa de

tratamento médico, se apresenta energia para realizar atividades cotidianas e como está o sono; 2) domínio psicológico está relacionado a condições psíquicas do paciente como sentimentos positivos, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais; 3) relações sociais - envolve satisfação com as relações pessoais e inclui também um item sobre satisfação com sua vida sexual; 4) meio ambiente está ligado ao ambiente em que está vivendo, como segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico e transporte. Além disso, duas questões adicionais examinam a QV geral do paciente e a percepção de sua saúde (FLECK et al., 2000). Neste estudo o ponto de corte estabelecido para qualidade de vida geral foi 60, onde: ≥ 60 pontos - melhor qualidade de vida e satisfação com a saúde; < 60 pontos - pior qualidade de vida e insatisfação com a saúde. A versão abreviada é uma alternativa para as situações em que a versão longa é de difícil aplicação, como no presente estudo, onde foram utilizados outros instrumentos de avaliação.

Para avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão, utilizou-se a Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS), elaborada por Zigmond e Snaith (1983), adaptada e validada para língua portuguesa por Botega et al. (1995). Contém 14 questões do tipo múltipla escolha e compõe-se de duas subescalas, uma de ansiedade (HADS-A) e outra de depressão (HADS-D), com sete itens em cada domínio. Para cada item existem quatro alternativas com uma pontuação, conforme a alternativa assinalada, que vai de 0 a 3, sendo que a soma da pontuação obtida para os itens de cada subescala fornece uma pontuação total que vai de 0 a 21 (BOTEGA et al., 1995). A escolha da HADS deu-se por sua breve extensão e por ter como vantagem a ausência de sintomas comuns entre doenças clínicas e depressão, tais como fadiga, perda de apetite e alterações do sono. Este instrumento também pode avaliar sintomas subjetivos mais específicos da depressão, demonstrando no seu resultado a necessidade, ou não, do uso de outros métodos diagnósticos adequados na identificação e condução do tratamento. Neste estudo foram adotados os pontos de cortes apontados por Zigmond e Snaith (1983), recomendados para ambas as subescalas: HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ; HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 .

A análise dos instrumentos foi realizada segundo os critérios estabelecidos pelos autores nas versões em português. Os dados foram digitados no Software Excel® 2013 e analisados com a utilização do Software Statistical Package for Social Science (SPSS®) versão 25.0. As variáveis categóricas foram descritas por frequências e porcentagem e as variáveis quantitativas com média e desvio padrão. Para avaliação da diferença de proporção entre variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher. A normalidade dos dados quantitativos foi avaliada pelo teste Shapiro Wilk, na comparação de médias foi utilizado o Teste-t de Student para amostras independentes ou a Análise de Variância (ANOVA) com post-hoc Bonferroni. Na ausência de normalidade os testes utilizados foram Mann Whitney e Kruskal Wallis com post-hoc Dunnet. A investigação de correlação entre os parâmetros avaliados foi realizada pelo coeficiente de correlação de Spearman. Na interpretação da força das correlações (valores de “ ρ ”), foi utilizada a classificação que considera: fraca magnitude ($\rho < 0,4$), moderada magnitude ($\rho > 0,4$ a $\rho < 0,5$) e forte magnitude ($\rho > 0,5$) (Hulley et al, 2003). Em todos os testes estatísticos utilizados, foi fixado o valor de $p < 0,05$ para rejeição da hipótese nula.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), sob o Parecer N° 4.236.312.

3.1 Organização do estudo

A presente tese está estruturada sob a forma de estudos independentes, expostos de forma a manter a coerência com os objetivos propostos. São apresentados três artigos originais, cada qual, com introdução específica relacionada ao seu objetivo, além de descrição detalhada do método aplicado e discussão dos resultados obtidos.

O primeiro estudo intitulado “Fatores relacionados a ansiedade e depressão em pacientes transplantados renais” ¹(ANEXO F) teve como objetivo: verificar

¹ Artigo publicado: FERNANDES, D. R. et al. Fatores relacionados a ansiedade e depressão em pacientes transplantados renais. *Rev Recien.*, v.10, n.32, p.113-123, 2020.

fatores associados à ansiedade e depressão em transplantados renais. O segundo estudo intitulado “Fatores relacionados a função sexual em pacientes transplantados renais”² (ANEXO G) teve como objetivo: associar fatores sociodemográficos, clínicos à função sexual de pacientes transplantados renais em um Hospital Universitário no nordeste do Brasil. O terceiro estudo intitulado “Função sexual, qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em receptores de transplantes renais”³. (ANEXO H) teve como objetivo: associar função sexual qualidade de vida, sintomas de ansiedade e depressão aos aspectos sociodemográficos e clínicos em receptores de transplante renal.

Os métodos aplicados no desenvolvimento da tese, além dos resultados encontrados estão apresentados nestes três estudos.

3.2 Estudo 1 – Fatores relacionados a função sexual em pacientes transplantados renais

RESUMO

Verificar fatores associados à ansiedade e depressão em transplantados renais. Estudo quantitativo, delineamento transversal realizado em Hospital de alta complexidade, com 80 transplantados renais, maiores de 18 anos. Utilizou-se a Escala de medida de ansiedade e depressão hospitalar - HADS. Os dados foram analisados por estatística descritiva simples, Teste-t de Student ou ANOVA, Mann Whitney, Kruskal-Wallis ou Dunnet, e coeficiente de correlação de Spearman. Prevalência de ansiedade em 25% e depressão em 15% dos pesquisados; predomínio do gênero feminino, idades entre 30 e 59 anos; ter companheiro fixo favoreceu sintomas de ansiedade; sedentarismo estava associado a sintomas de ansiedade e depressão, receptores de doador falecido apresentaram mais

² Artigo publicado: FERNANDES, D. R. et al. Fatores relacionados a função sexual em pacientes transplantados renais. *Rev Recien.* v.11, n. 36, p.423-433, 2021.

³ Artigo publicado: FERNANDES, D. R. et al. Função sexual, qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em receptores de transplantes renais. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 15, p. e557111537814, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i15.37814. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37814>.

ansiedade; quanto maior tempo de transplante, mais ansiedade e depressão. Concluiu-se que conhecimento científico, habilidade técnica e empatia são ferramentas indispensáveis diante dessas situações, pois favorecem suporte multiprofissional, interdisciplinar e humanizado, sensíveis às demandas dos pacientes transplantados renais.

Descritores: Ansiedade. Depressão. Transplante Renal.

INTRODUÇÃO

O transplante renal é um procedimento cirúrgico complexo em que um rim saudável e funcional é removido de um doador vivo, ou com morte cerebral, e implantado em um paciente com rins inoperantes. A maioria dos pacientes renais crônicos é favorável ao transplante renal, com boa aceitabilidade (COSTA-REQUENA et al., 2017). O transplante renal está associado a menor mortalidade e menor gasto com assistência médica do que hemodiálise ou diálise peritoneal (NDEMERA; BHENGU, 2017). O número total de transplantes realizados no Brasil, entre 2008 e março de 2018, chegou a 5.384 (em números absolutos). Na região nordeste houve um total de 1.032 transplantes renais; destes, 31 foram realizados no Maranhão. No entanto, ainda há aproximadamente 31.226 pessoas em fila de espera para transplante (ABTO, 2018; THOMÉ, 2017).

O contingente de pessoas aguardando um transplante expressa a grandeza deste problema de saúde pública, percebendo-se uma demanda superior à oferta, resultando em prejuízos aos pacientes (SANTOS, 2015). A literatura aponta que o transplante renal é considerado a melhor escolha para pacientes em estágio terminal da doença, pelo efeito superior na sobrevivência dos pacientes, em comparação com outras terapias. Contudo, os receptores renais enfrentam problemas que podem induzir uma série de efeitos na saúde física e mental. Fatores psicológicos como estressores e depressão podem provocar a liberação de hormônios hipofisários e adrenais, contribuindo para o rebaixamento do sistema imunológico dos pacientes, influenciando comportamentos negativos que interferem no autocuidado, podendo afetar a vida útil dos enxertos e, sobretudo, dos pacientes (XIE, 2019).

O transplante possibilita reabilitação física, mental e social, e estas associam-se à diminuição do risco de mortalidade. Em comparação com a hemodiálise, o transplante apresenta melhor relação de custo-efetividade, permitindo ao paciente reintegração às suas atividades cotidianas (ROSO; KRUSE, 2017).

Embora a transplantação liberte o paciente do tratamento dialítico, não elimina sua convivência com o adoecimento. Para o sucesso desta modalidade é esperado que o pós-transplantado se conscientize que o tratamento exigirá compromisso com a manutenção de rotinas de cuidado, para haver continuidade de função do enxerto. Estes pacientes necessitam aderir a muitas mudanças em suas atividades diárias, que poderão perdurar enquanto houver função renal, tais como uso contínuo de medicações imunossupressoras; esquia de focos de infecção, consultas médicas periódicas; dieta equilibrada e realização de atividades físicas (BRAVIN, 2017).

Todas estas demandas evocam muitas expectativas ao transplantado, o que pode levar ao surgimento de transtornos de ansiedade e depressão, tidos como os distúrbios mais comuns de saúde mental nos transplantados renais, uma vez que estas pessoas enfrentam preocupações relacionadas ao transplante, associadas ao medo de rejeição do enxerto. Como resultado, há aumento do risco de ocorrência de transtornos do humor e qualidade de vida prejudicada, estando mais expostos a transtornos de humor, se comparados à população geral (CRAIG, 2016; OTTAVIANI, 2016). Em pesquisa realizada no Japão, há evidências de que os receptores de transplante apresentam depressão e ansiedade, experimentando estresse físico e psicossocial por longos períodos (SUZUKI, 2019).

Em termos gerais, transtornos de ansiedade e depressão tem afetado milhares de pessoas em todo o mundo, estimando-se que 5,8% da população geral é afetada com a depressão. No Brasil, transtornos relacionados a ansiedade atingem 9,3% da população. Entre 2005 e 2015, o contingente de pessoas com depressão aumentou 18% e a estimativa global aponta 322 milhões com este diagnóstico. Observa-se também que os baixos níveis de conhecimento acerca de transtornos relacionados a ansiedade e depressão dificultam o acesso ao tratamento (OPAS/OMS, 2018).

A ansiedade é considerada normal diante de situações cotidianas ameaçadoras, sendo comumente encontrada na população em geral, contudo, a intensidade deste transtorno, quando desproporcional, torna-se patológica

(ALENCAR, 2015). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a ansiedade caracteriza-se por preocupações demasiadas, apreensão e expectativas que persistem por longos períodos, com difícil controle, estando tais sintomas presentes por mais de seis meses.

Muitas vezes a ansiedade está associada à depressão, um problema de saúde pública, cujos principais sintomas incluem humor deprimido, falta de interesse ou prazer por atividades anteriormente prazerosas, baixa concentração, perturbação do apetite e do sono, sentimento de culpa, autoestima baixa e desesperança, podendo ainda ter como desfecho o suicídio (FARAHZADI, 2017).

A partir do exposto, a realização do presente estudo justifica-se pelo impacto negativo que os sintomas de ansiedade e depressão podem acarretar à saúde mental de pacientes transplantados renais, desencadeando sintomas somáticos que frequentemente os acometem. Este estudo teve como objetivo verificar fatores associados a sintomas de ansiedade e depressão em pacientes transplantados renais em um Hospital Universitário.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal, observacional e descritivo, com abordagem quantitativa. A coleta dos dados teve início em janeiro de 2019, com uma amostra formada por pacientes transplantados renais e acompanhados no ambulatório de pós-transplante do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), o único no Estado a atender este público específico. Foram incluídos no estudo pacientes a partir de 6 meses de TR, idade igual ou superior a 18 anos à época do TR, ambos os gêneros, com bom funcionamento do enxerto, em acompanhamento ambulatorial regular no serviço no período da pesquisa e que concordaram em participar do estudo. Após 6 pacientes terem se recusado a participar do estudo e 5 não preencherem aos critérios de elegibilidade, a amostra foi formada por 80 pacientes.

Os dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida foram obtidos por meio de instrumento semiestruturado elaborado para caracterizar a população do estudo. Os dados relacionados ao diagnóstico e tratamento foram coletados do prontuário eletrônico do paciente. Considerando a possibilidade de algum

participante apresentar problema visual e/ou baixo nível instrucional, a aplicação dos instrumentos foi realizada por meio de entrevista individual. Para avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão, utilizou-se a Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS), elaborada em 1983, adaptada e validada para língua portuguesa em 1995. Contém 14 questões do tipo múltipla escolha e compõe-se de duas subescalas, uma de ansiedade (HADS-A) e outra de depressão (HADS-D), com sete itens em cada domínio.

A escolha da HADS deu-se por sua breve extensão e por ter como vantagem a ausência de sintomas comuns entre doenças clínicas e depressão, tais como fadiga, perda de apetite e alterações do sono. Este instrumento também pode avaliar sintomas subjetivos mais específicos da depressão, demonstrando no seu resultado a necessidade, ou não, do uso de outros métodos diagnósticos adequados na identificação e condução do tratamento (BOTEGA et al., 1995).

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados, criado com auxílio do software Microsoft Excel 2016. A análise dos instrumentos foi realizada de acordo com os critérios estabelecidos pelos autores nas versões em português. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências e porcentagem e as variáveis quantitativas com média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil (Quartil 3 - Quartil 1), Teste-t de Student para amostras independentes ou Análise de Variância (ANOVA); na ausência de normalidade Mann Whitney, Kruskal-Wallis ou Dunnet; correlação das variáveis - coeficiente de correlação de Spearman. Todas as análises foram realizadas no programa Data Analysis and Statistical Software (STATA®) versão 14.0. O nível de significância estabelecido foi de 5% ($p < 0,05$).

Este estudo atende às exigências das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução do Conselho Nacional da Saúde - CNS 466/2012). Todos os pacientes foram informados sobre objetivos e procedimentos do estudo e participaram voluntariamente, conforme determina a resolução supracitada.

Estudo vinculado ao projeto de maior abrangência intitulado "Avaliação da função sexual e sua associação com qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes dialíticos e transplantados renais", submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do HU-UFMA sob número de parecer consubstanciado CAAE: 95174518.6.0000.5086.

RESULTADOS

O estudo permitiu conhecer a realidade dos pacientes transplantados renais acompanhados regularmente no ambulatório de pós-transplante do hospital universitário HU-UFMA. Dos 80 pacientes que participaram deste estudo, verificou-se que 41 (51,25%) eram do gênero feminino; com idades entre 18 a 72 anos, 55 declararam-se pardos (68,75%); 54 moravam com companheiro fixo (67,5%); 49 informaram religião católica (61,25%); 52 recebiam entre 1 e 2 salários mínimos (65%); 42 recebiam benefícios do governo ou eram pensionistas (52%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas de pacientes transplantados renais (n=80)

Variáveis	N	%	Média ± DP
Gênero			
Masculino	39	48,75	
Feminino	41	51,25	
Idade (anos)			
			41,90 ± 12,85
18 - 29 anos	14	17,5	
30 - 59 anos	57	71,25	
≥ 60 anos	9	11,25	
Raça/Cor			
Branca	10	12,5	
Negro	15	18,75	
Pardo	55	68,75	
Estado civil			
Com companheiro fixo	54	67,5	
Sem companheiro fixo	26	32,5	
Religião			
Católico	49	61,25	
Evangélico	28	35	
Espírita	2	2,5	
Sem religião definida	1	1,25	
Situação de trabalho			
Ativo	8	10	
Aposentado / atividade remunerada	3	3,75	
Desempregado	4	5	
Recebe benefício/ pensionista	42	52,5	
Trabalha em casa (sem remuneração)	14	17,5	

Fonte: As autoras, 2019.

O tempo de transplante renal variou entre 6 meses a 20 anos; 50% receberam órgão de doador vivo, dos quais 43,75% parentes; 15,38% apresentaram diabetes após transplante; 45% praticavam atividade física regularmente; 5% faziam uso de bebida alcoólica; 3,75% eram fumantes (Tabela 2).

Tabela 2 – Características clínicas de pacientes transplantados renais (n=80)

Variáveis	N	%
Tempo de transplante (anos)		
Até 5 anos	36	45
6 – 10 anos	16	20
11 – 20 anos	26	32,5
> 20 anos	2	2,5
Amplitude (Valor máximo – Valor mínimo)	(26,00 – 0,60)	
Tipo de doador		
Vivo		
Parente	40	50
Não parente	35	43,75
	5	6,25
Falecido		
	40	50
Diabetes pós transplante		
Sim	12	15,38
Não	68	84,62
Frequência de atividade física		
Regularmente	36	45
Esporadicamente	10	12,5
Não realiza	34	42,5
Faz uso de bebidas alcoólicas		
Sim	4	5
Não	76	95
Fumante		
Sim	3	3,75
Ex fumante	20	25
Nunca fumou	57	71,25

Fonte: As autoras, 2019.

A tabela 3 apresenta a distribuição dos resultados obtidos pela aplicação Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar entre os gêneros, onde encontrou-se 25% de prevalência de sintomas de ansiedade e 15% de sintomas de depressão, sendo que ambos os sintomas estiveram mais presentes no gênero feminino, 34% e 27% respectivamente.

Tabela 3 - Distribuição dos resultados da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, entre os gêneros. (n=80)

VARIÁVEIS	Geral		Masculino		Feminino		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
Ansiedade							0,053#
Ausente	60	75	33	85	27	66	
Presente	20	25	6	15	14	34	
Depressão							0,003*
Ausente	68	85	38	9	30	73	
Presente	12	15	1	3	11	27	

Legenda: Exato de Fisher (*); Qui-quadrado (#)

Fonte: As autoras, 2019.

Os resultados da tabela 4 foram obtidos a partir da associação entre a HADS - Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar e fatores sociodemográficos e clínicos, onde encontraram-se as seguintes associações: estado civil apresentou significância estatística quando associado a ansiedade, constatando que ter companheiro fixo pode favorecer sintomas de ansiedade; ausência de atividade física apontou relevância estatística com sintomas de ansiedade e depressão; tipo de doador apresentou significância estatística na associação ansiedade; tempo de transplante apontou significância estatística quando associado à ansiedade e depressão; quanto às demais variáveis, não houve relação estatística significativa ao associar gênero e HADS, entretanto o gênero feminino apresentou os maiores escores relacionados a sintomas de ansiedade e depressão.

Tabela 4 - Associação entre fatores sociodemográficos, clínicos e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em transplantados renais (n=80)

Variáveis	Escala Hospitalar			
	Ansiedade		Depressão	
	Mediana (Q3-Q1)	p-valor	Mediana (Q3-Q1)	p-valor
Idade				
18-29 anos	6 (8,0-3,0)		3 (7,0-0,0)	
30 – 59 anos	5 (8,0-3,0)	0,992 +	3 (7,0-2,0)	0,648 +
≥ 60 anos	5 (10,0-3,0)		4 (6,0-3,0)	
Gênero				
Masculino	4 (7,0-3,0)		3 (4,0-1,0)	
Feminino	6 (10,0-3,0)	0,119 π	4 (9,0-2,0)	0,128 π
Estado civil				
Com companheiro	5,5 (9,0-4,0)		4 (7,0-2,0)	
Sem companheiro	4 (8,0-2,0)	0,049 π	3 (6,0-2,0)	0,455 π
Situação de trabalho				
Ativo	5 (6,0-3,0)		3 (4,0-2,0)	
Aposentado / Recebe benefício	4 (9,0-3,0)	0,278 +	3 (7,0-1,0)	0,220 +
Diabetes pós transplante				
Sim	5 (10,0-4,0)	0,965 +	4 (7,0-2,0)	0,685 +
Frequência de atividade física				
Regularmente	4 (7,0-3,0)		3 (4,0-1,0)	
Não realiza	6 (9,5-4,0)	0,049 π	4 (8,0-3,0)	0,010 π
Faz uso de bebidas alcoólicas				
Sim	5 (8,0-3,5)		5,5 (8,0-3,5)	
Não	5 (8,5-3,0)	0,946 π	5,5 (6,5-2,0)	0,220 π
Tipo de doador				
Falecido	6 (9,5-4,0)		3 (8,0-1,5)	
Vivo	4 (7,5-3,0)	0,048 π	3 (4,5-2,0)	0,527 π
Tempo de transplante				
De 6 meses a 10 anos	4 (7,0-3,0)		3 (4,0-1,0)	
Acima de 10 anos	6 (10,5-3,5)	0,019 π	3 (7,0-2,0)	0,006 π

Legenda: Desvio padrão (*DP); Anova (Bonferroni - A > a) (#); Kruskal-Wallis (Dunnet - A>a) (+); Teste-t para amostras independentes (T);

Fonte: As autoras, 2019.

DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo encontraram escores de sintomas de ansiedade e depressão mais elevadas em transplantados renais do gênero feminino. No mundo moderno majoritariamente, as mulheres tem vivenciado mais situações de conflito, muitas vezes tem sido vítimas de violência doméstica, assédio sexual nas ruas, dentro de casa, no trabalho e nos transportes público, fora a pressão sofrida pelos múltiplos papéis impostos à mulher, como a maternidade, e até mesmo a falta de apoio familiar se precisarem de tratamento psicológico, situações que não devem ser diferentes para as mulheres transplantadas.

Neste estudo verificou-se que os participantes com companheiro apresentaram mais sintomas de ansiedade. Semelhante a este achado, um estudo realizado em Hannover Medical School, com 56 receptores de transplante renal e seus parceiros, para investigar o enfrentamento cotidiano individual e do casal, encontrou que na maioria das vezes os cônjuges são cuidadores de seus parceiros com doenças crônicas, o que pode gerar angústia nestes, sobretudo no parceiro (cuidador), resultando em altos níveis de estresse para ambos (TKACHENKO, 2017).

Muitas vezes, consequências emocionais e físicas geram sentimentos de inutilidade no cônjuge transplantado, acarretando prejuízos em seu cotidiano. Além disso, sintomas de ansiedade e depressão podem impactar negativamente o relacionamento, o que requer apoio social, especialmente do cônjuge do receptor de enxerto, favorecendo o enfrentamento das situações que geram estresse ¹⁶. Como o transplante renal resulta em altos níveis de estresse tanto para o paciente quanto para o cônjuge, o transplante pode ser considerado um desafio para o relacionamento. Os parceiros em um relacionamento devem ser vistos como um todo interdependente, no qual cada um influencia o outro (SRIFUENGFUNG et al., 2017).

Estudo que investigou fatores que contribuíram para a perda de aloenxertos renais e consequências associadas a pacientes pós-transplantes renais, também encontrou que a falta de apoio do cônjuge foi associada à depressão e como consequência a diminuição da sobrevida após o transplante (NDEMERA; BHENGU, 2017). Desse modo pode-se inferir que o sucesso do transplante renal está associado a adesão ao tratamento e maior sobrevivência com melhores resultados, o que depende, em parte, da estabilidade do casal, para auxiliar o paciente na gestão

das necessidades da doença renal crônica e subsequente transplante.

Os achados deste estudo constataram maior frequência de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes sedentários, o que corrobora com um estudo que avaliou comportamentos relacionados à saúde e ao sofrimento psicológico em 116 transplantados renais, encontraram comportamentos relacionados à saúde de pacientes transplantados, avaliando estilo de vida sedentário mensurado pelo item atividade física. O resultado mostrou que houve uma diminuição significativa do estilo de vida sedentário no primeiro mês a 6 meses após o transplante. No entanto, de 6 meses a 1 ano houve declínio, com tendência ao agravamento pelo decurso do tempo. Estes mesmos autores concluem que fatores psicológicos podem influenciar alguns domínios da qualidade de vida, relacionada à saúde no pós-transplante, com afetação pelas comorbidades psiquiátricas, podendo apresentar ansiedade e sintomas de depressão, e enfatizam a necessidade de um modelo de assistência centrado no paciente, com protagonismo nas decisões de saúde e na manutenção do estilo de vida saudável, no intuito de minimizar o sofrimento emocional após transplante renal (COSTA-REQUENA et al, 2017).

Ao associar a HADS a tipo de doador, encontrou-se que os receptores de doadores vivos apresentaram mais sintomas de ansiedade, divergindo de um estudo realizado com 217 transplantados renais que encontraram mais sintomas de depressão em pacientes que receberam enxerto de doadores falecido (CZYŻEWSKI, 2018). Esse mesmo estudo evidenciou que 5,7 anos após o transplante, 12,9% dos receptores apresentaram depressão associada a comorbidades físicas mais graves e mais comum nos que receberam rins de doadores falecidos.

No presente estudo observou-se que os transplantados renais há mais de 10 anos apresentam mais sintomas de depressão e ansiedade, possivelmente por receio da perda do enxerto e conseqüentemente retorno a hemodiálise. Esse achado corrobora com o estudo realizado na Varsóvia com 118 pacientes, cujas severidade dos sintomas de ansiedade e depressão entre os pacientes, foi se elevando ao longo do tempo desde a realização do transplante evidências apontam variações (EVANGELISTA et al., 2018). Também, a presença de sintomas depressivos pode estar relacionada à dificuldade de adesão ao tratamento necessário após o transplante.

No estudo realizado na Espanha com 116 transplantados renais que analisou comportamentos relacionados à saúde e sofrimento psíquico, evidenciou que a

presença de sintomas de ansiedade e depressão aumentou 1 ano após o transplante, em 16% dos pacientes (COSTA-REQUENA et al., 2017).

Pesquisa no Japão com 109 participantes, concluiu que o percentual de risco para depressão após o transplante diminui com o passar dos anos, assim sendo: em 2 anos tem-se queda de 23,5%; de 2 a 5 anos, 15%; de 5 a 10 anos, 14,3%; em 10 anos ou mais, 6,98% (SUZUKI, 2019). Diante destes dados, considera-se a importância de esclarecer o paciente quanto ao transplante renal, tirando suas dúvidas e informando-lhe que se trata de um tratamento substitutivo cujo objetivo é possibilitar melhor qualidade de vida, com melhoria nos aspectos social, emocional e psíquico, não representando cura (EVANGELISTA et al., 2018).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações foram encontradas no presente estudo: a primeira refere-se à dificuldade de compreensão de algumas questões do questionário HADS, por parte dos participantes de pesquisa, devido ao baixo nível sócio econômico e cultural, houve a necessidade de adaptar algumas expressões, utilizando uma linguagem mais acessível ao contexto; a segunda refere-se à escassez de estudos recentes publicados sobre o tema. Mesmo com algumas limitações os achados deste estudo, abrem possibilidades para a realização de outros na prática clínica da equipe transplantadora, a fim de identificar os sintomas iniciais de ansiedade e depressão evitando consequências que afetem a vida das pessoas vários aspectos.

CONCLUSÃO

O presente estudo confirmou que receptores de transplante renal são afetados por sintomas de ansiedade e depressão, culminando em sofrimento psicológico e alguns fatores influenciam diretamente no adoecimento psíquico do transplantado. Os resultados sugerem que estratégias de enfrentamento da questão devem ser alcançadas o que inclui: suporte multiprofissional e interdisciplinar

humanizado sensível às demandas do paciente; promoção de protagonismo e reforço da autonomia para o autocuidado; conscientização quanto aos comportamentos de fatores de proteção e redução de fatores de risco; fomento de condições psicológicas ideais que reduzam o sofrimento emocional após o transplante renal.

Diante da complexidade que envolve o problema em questão, faz-se necessário que os profissionais que compõem a equipe de transplante estejam atentos a sinais sugestivos de distúrbios de natureza mental e comportamental como parte essencial no transplante renal, atuando na implementação do cuidado integral, humanizado e contextualizado, o qual inclui um olhar perspicaz às intercorrências possíveis no paciente transplantado.

Ressalta-se ainda que por ser uma pesquisa com seres humanos, há momentos em que o enfermeiro enquanto pesquisador se sensibiliza com os participantes da pesquisa, sentindo-se afetado pelas dificuldades por eles enfrentadas, tais como óbitos, perda do enxerto, desesperança na continuidade do tratamento e frustração pelo retorno às sessões de hemodiálise. Contudo, é necessário não somente conhecimento científico e habilidade técnica do profissional, mas também empatia para agir diante dessas situações, a fim de reconstruir suas próprias percepções e representações, componentes fundamentais para proporcionar confiança ao paciente no momento da pesquisa.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2011-2018). *Registro Brasileiro de Transplantes*, v.25, n. 3, p.1-89, 2018.

ALENCAR, E. O. et al. Estresse e ansiedade em transplante renal. *Rev Saúde Ciência Online*, v.4, n.2, p.61-82, 2015

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*, v.29, n.5, p.359-363, 1995.

BRAVIN, A. M. et al. Influência da espiritualidade sobre a função renal em pacientes transplantados renais. *Acta Paul Enferm.*, v.30, n.5, p.504-511, 2017.

CRAIG, J. A. et al. Piloting a Coping Skills Group Intervention to Reduce Depression and Anxiety Symptoms in Patients Awaiting Kidney or Liver Transplant. *Health Soc Work*, v.42, n.1, p.e44-e52, 2017.

COSTA-REQUENA, G. et al. Health-related behaviours after 1 year of renal transplantation. *J Health Psychol.*, v.22, n.4, p.505-514, 2017.

CZYŻEWSKI, Ł. et al. Evaluation of Quality of Life and Severity of Depression, Anxiety, and Stress in Patients After Kidney Transplantation. *Transplant Proc.*, v.50, n.6, p.1733-1737, 2018.

EVANGELISTA, F. V. P. et al. Characterization and clinical evolution of transplanted patients of a high complexity postoperative unit. *Rev Enferm UFPI.*, v.7, n.1, p.4-9, 2018.

FARAHZADI, M. Depression; Let's talk. *J Community Health Research*, v.6, n.2, p.74-76, 2017.

NDEMERA, H; BHENGU B. Factors Contributing to Kidney Allograft Loss and Associated Consequences among Post Kidney Transplantation Patients. *Health Sci J.*, v.11, n.3, p. 1-13, 2017.

OPAS/OMS - Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Folha informativa - Transtornos mentais. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839>. Acesso em: 20 out 2019.

OTTAVIANI, A. C. et al. Associação entre ansiedade e depressão e a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Rev.Texto Contexto - Enferm.* V.25, n.3, e00650015, 2016.

ROSO, C. C., KRUSE, M. H. L. A vida no Facebook: o cuidado de si de transplantados renais. *Rev Gaúcha Enferm.*, v.38, n.2,e67430, 2017.

SANTOS, C. M. et al Percepções de enfermeiros e clientes sobre cuidados de enfermagem no transplante de rim. *Acta Paul Enferm.*, v.28, n.4, p.337-343, 2015.

SRIFUENGFUNG, M.; NOPPAKUN, K.; SRISURAPANONT, M. Depression in Kidney Transplant Recipients: Prevalence, Risk Factors, and Association With Functional Disabilities. *J Nerv Ment Dis.*, v.205, n.10, p.788-792, 2017.

SUZUKI, R. et al. Relationship between stress coping mechanisms and depression in kidney transplant recipients. *Transplant Proc.*, v.51, n.3, p.761-767, 2019.

THOMÉ, F. S. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. *J Bras Nefrol.*, v.41, n.2, p.208-214, 2019.

TKACHENKO, D. et al. Dyadic Coping of Kidney Transplant Recipients and Their Partners: Sex and Role Differences. *Front Psychol.*, v.10, n.397, 2019. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00397

XIE, J. et al. Self- management and Related Psychosocial Variables Among Renal Transplant Patients. *Transplant Proc.* 2019; 51(3):734-741.

3.3 Estudo 2 – Fatores relacionados a função sexual em pacientes transplantados renais

RESUMO

Resumo: Associar fatores sociodemográficos, clínicos à função sexual de pacientes transplantados renais em um Hospital Universitário no nordeste do Brasil. Métodos: Estudo transversal abordagem quantitativa, realizado no ambulatório de pós transplante, com 80 transplantados renais, maiores de 18 anos, ambos os sexos, no período de janeiro a dezembro de 2019. Utilizou-se formulário para caracterização sociodemográfica e clínica mais instrumento validado para avaliar função sexual (Quociente sexual masculino – QSM e Quociente sexual feminino – QSF). As variáveis categóricas foram descritas por frequências e porcentagem, variáveis quantitativas por média e desvio padrão; Teste-t de Student para amostras independentes ou Análise de Variância (ANOVA); Mann Whitney, Kruskal-Wallis ou Dunnet na ausência de normalidade; coeficiente de correlação de Spearman na correlação das variáveis. Resultados: Predomínio do gênero feminino (51,25%); ser do gênero masculino com idade entre 30 a 59 anos apresentaram melhor padrão e desempenho sexual.

Descritores: Doença Renal Crônica. Transplante Renal. Sexualidade.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é considerada um problema de saúde pública em escala global e sua prevalência aumentou de maneira significativa com o envelhecimento da população e suas doenças crônicas, representando um importante encargo financeiro nos sistemas de saúde a nível mundial (KIM et al., 2019). O aumento da sua incidência tem trazido desafios para saúde pública, sendo um problema social e econômico. Este número continuará aumentando se não forem adotadas estratégias para ações de saúde pública visando à prevenção e retardo da progressão da DRC (SOUSA et al., 2017).

A DRC define-se pela diminuição da função renal por um período de três meses ou mais, com implicações na saúde, independentemente do diagnóstico clínico, seguindo os critérios de: presença de albuminúria e diminuição da função renal, ou seja, taxa de filtração glomerular TFG_e < 60 ml/min. O diagnóstico de DRC é realizado através de exames laboratoriais (creatinina) e urina (albuminúria) (MACIEL DE OLIVEIRA et al., 2019; LEVIN et al., 2013).

Atualmente a classificação da DRC deve ser feita baseada na causa, categoria TFG e albuminúria, que a partir de então permite identificar os riscos de situação adversa, relacionados ao comprometimento renal e óbito. Saliencia-se estabelecer a causa da DRC para traçar o tratamento específico afim de modificar a projeção de risco (LEVIN et al., 2013).

Os estágios da DRC são divididos em 5 faixas de acordo com a taxa de filtração glomerular e albuminúria. Quando a TFG se encontra inferior a 15ml/min/1.73m², o paciente está na fase terminal ou dialítica, necessitando de Terapia Renal Substitutiva (TRS), disponível na modalidade: diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal intermitente (DPI), diálise peritoneal automatizada (DPA), hemodiálise (HD) e o transplante renal (LEVIN et al., 2013; ZANESCO et al., 2017).

O transplante renal é considerado o tratamento de melhor escolha por pacientes que possuem doença renal crônica terminal (DRCT), pois além de permitir um aumento na sobrevida e melhor qualidade de vida quando comparado as outras modalidades de tratamento para DRCT, ele acarreta menos gastos a longo prazo a saúde (ALNASRALLAH et al., 2019; GONÇALVES et al., 2019; RAMÍREZ-PERDOMO et al., 2018).

O diagnóstico de DRC envolve uma readaptação nas diferentes esferas da vida do paciente, levando-o a encarar variadas mudanças em sua condição física,

psicológica, afetiva, em seu sistema de vida, suas ligações familiares, de trabalho e em seu entorno, e que afetam sua vida como um todo (MENDES et al., 2013).

Entre as várias alterações que surgem em pacientes transplantados renais, a disfunção sexual é um problema prevalente nesta população. Que tem repercussão na qualidade de vida e bem-estar, autoestima e relações interpessoais (GONÇALVES et al., 2019). Deste modo, o funcionamento sexual é um dos primeiros pontos a serem acometidos da vida “normal”, pois afeta a vida dos pacientes pelos sistemas físicos e emocionais (MENDES et al., 2013).

Nos pacientes transplantados, a incorporação de um novo órgão no corpo gera um reajustamento da imagem corporal, com possibilidades de desencadear efeitos psicológicos negativos, tal como repercussões na sua intimidade e na sua resposta sexual (MOTA, 2017).

Verifica-se a necessidade de que os pacientes transplantados renais sejam ajudados em suas expectativas à sua função sexual, de modo que compreendam que, apesar do transplante renal melhora a saúde sexual, ainda persiste disfunção sexual neste grupo (GONÇALVES et al., 2019).

Constata-se a partir do exposto, a importância de verificar a associação entre fatores sociodemográficos e clínicos à função sexual em pacientes transplantados renais, principalmente, pelo impacto negativo que impõe na vida desses paciente.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal, observacional e descritivo com abordagem quantitativa. A coleta dos foi realizada no período de janeiro a dezembro de 2019, utilizando-se formulário para caracterização sociodemográfica e clínica elaborado para este estudo, além de questionários validados e traduzidos para língua portuguesa. O público deste estudo foi composto por pacientes transplantados renais, em acompanhamento no ambulatório de pós-transplante do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, o único no Estado a atender este público específico. A amostra foi constituída por 80 pacientes.

Foram incluídos no estudo pacientes a partir de 6 meses de transplante renal, idade maior ou igual a 18 anos na época do TR (Transplante renal), ambos os

gêneros, com bom funcionamento do enxerto, em acompanhamento ambulatorial regular no serviço no período da pesquisa e que concordaram em participar do estudo. Os dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida foram obtidos por meio de instrumento estruturado elaborado para caracterizar a população do estudo.

Os dados relacionados ao diagnóstico e tratamento, foram coletados do prontuário eletrônico do paciente. Considerando a possibilidade de algum participante do estudo apresentar problemas visuais e/ou baixo nível instrucional, a aplicação dos instrumentos foi realizada por meio de entrevista individual, onde são explicados os objetivos do estudo e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram utilizados os questionários: Quociente sexual masculino (QS-M) e Quociente sexual feminino (QS-F), desenvolvidos e validados no Brasil para avaliar a função sexual mediante dez questões autorespondidas e com linguagem acessível, abrangendo os diferentes elementos funcionais e relacionais pertinentes a desempenho/satisfação sexual de ambos os sexos. O escore total do QS-M e do QS-F varia de 0 a 100 e, quanto maior o valor, melhor o desempenho/satisfação sexual.

O quociente sexual masculino avalia a função sexual masculina e outros domínios, além das diversas etapas do ciclo de resposta sexual, contemplando desejo (questão 1), autoconfiança (questão 2), qualidade da ereção (questão 5 a 7), controle da ejaculação (questão 8), capacidade de atingir o orgasmo (questão 9), e satisfação sexual geral do indivíduo (questões 3, 4 e 10) e de sua parceira (questões 3 e 10) com as preliminares e o intercursos (ABDO, 2007). O quociente sexual feminino avalia a função sexual feminina e outros domínios, além das diversas etapas do ciclo de resposta sexual. As questões 1, 2 e 8 do QS-F avaliam o desejo e o interesse sexual; a questão 3 avalia as preliminares; excitação pessoal e sintonia com o parceiro são avaliadas nas questões 4 e 5; as questões 6 e 7 avaliam o conforto da paciente no ato sexual; orgasmo e satisfação sexual são avaliados nas questões números 9 e 10, respectivamente (ABDO, 2009). A análise dos instrumentos foi realizada de acordo com os critérios estabelecidos pelos autores nas versões em português.

As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências e porcentagem e as variáveis quantitativas com média e desvio padrão, também foram utilizados Teste-t de Student para amostras independentes ou Análise de Variância

(ANOVA); Mann Whitney, kruskal-Wallis ou Dunnet na ausência de normalidade; coeficiente de correlação de Spearman para correlação das variáveis. O nível de significância estabelecido foi de 5% ($p < 0,05$).

Este estudo atende as exigências das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução do Conselho Nacional da Saúde - CNS 466/2012), todos os pacientes foram informados a respeito dos objetivos e procedimentos do estudo e participaram voluntariamente, conforme determina a resolução. Esta pesquisa está vinculada ao Projeto de Pesquisa intitulado “Avaliação da função sexual associada à qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes dialíticos e transplantados renais”, submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, obtendo parecer favorável sob a CAAE: 95174518.6.0000.5086.

RESULTADOS

Os resultados encontrados através da caracterização sociodemográfica estão descritos na (tabela 1) e os resultados clínicos na (tabela 2) seguidos das avaliações dos formulários de Quociente sexual masculino (QS-M) e Quociente sexual feminino (QS-F), obtidos nessa população (tabela 3). A partir deste estudo pudemos analisar a associação de fatores relacionados à função sexual.

Dentre os 80 pacientes que aceitaram participar deste estudo, constatou-se que 41 (51,25%) eram do gênero feminino, com idades entre 18 a 72 anos, sendo a média do estudo de 41.9 (DP=12) dos pesquisados; declararam-se pardos 55 (68.75%); 36 (45%) eram provenientes de outros municípios do estado; 32 (40%) possuíam ensino médio; 54 (67.5%) moram com companheiro fixo; 49 (61.25%) informaram religião católica; 52 (65%) recebiam entre 1 e 2 salários mínimos; 42 (52%) recebiam benefícios do governo ou são pensionistas.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de pacientes transplantados renais, São Luís - MA, 2020, (n=80)

VARIÁVEIS	N	%	Média ± DP
Gênero			
Masculino	39	48,75	
Feminino	41	51,25	
Idade (anos)			41,90 ± 12,85
18 - 29 anos	14	17,5	
30 – 59 anos	57	71,25	
≥ 60 anos	9	11,25	
Amplitude (valor máx – valor mín) (72,00 – 18,00)			
Raça/Cor			
Branca	10	12,5	
Negro	14	17,5	
Pardo	55	68,75	
Índio	1	1,25	
Procedência			
São Luís	32	40	
Região metropolitana - São Luís	11	13,75	
Outros municípios do estado	36	45	
Outros estados	1	1,25	
Escolaridade			
Analfabeto	2	2,5	
Ensino fundamental incompleto	14	17,5	
Ensino fundamental completo	6	7,5	
Ensino médio incompleto	13	16,25	
Ensino médio completo	32	40	
Educação superior incompleta	3	3,75	
Educação superior completa	10	12,5	
Estado civil			
Com companheiro fixo	54	67,5	
Sem companheiro fixo	26	32,5	
Religião			
Católico	49	61,25	
Evangélico	28	35	
Espírita	2	2,5	
Sem religião definida	1	1,25	
Renda (Salário Mínimo) *			
Menor que 1 salário	8	10	
Entre 1 e 2 salários	52	65	
Entre 3 e 5 salários	12	15	
Acima de 5 salários	8	10	
Situação de trabalho			
Ativo	8	10	
Aposentado / atividade remunerada	3	3,75	
Desempregado	4	5	
Recebe benefício/ pensionista	42	52,5	
Trabalha em casa (sem remuneração)	14	17,5	

Legenda: Salário mínimo de R\$ 998,00 (*)

Fonte: As autoras, 2020.

Na tabela 2, o tempo de diagnóstico de doença renal crônica (DRC) dos participantes da pesquisa variou de 2 anos e 8 meses a 30 anos, o período de tratamento hemodialítico de 2 meses a 13 anos; o tempo de transplante renal de 6 meses a 20 anos; (50%) receberam o órgão de doador vivo; as idades dos doadores variaram de 3 anos a 64 anos; 15.38% apresentaram diabetes pós transplante; 95% estavam com a pressão arterial alterada no dia na consulta; 7.5% apresentam obesidade; 36,25 apresentavam sobrepeso; 45% informaram praticar atividade física regularmente; 5% faziam uso de bebida alcoólica; 3,75% eram fumantes.

Tabela 2 - Características clínicas de pacientes transplantados renais. São Luís-MA, 2020 (n=80)

VARIÁVEIS	N	%	Média ± DP
Tempo de diagnóstico (anos)			13,05 ± 6,26
Até 5 anos	9	11,25	
6 – 10 anos	20	25	
11 – 20 anos	42	52,5	
> 20 anos	9	11,25	
Amplitude (Valor máximo – Valor mínimo)	(30,00 – 2,80)		
Tempo de hemodiálise (anos)			3,74 ± 2,70
Até 2 anos	26	32,5	
3 – 4 anos	25	31,25	
5 – 6 anos	15	18,75	
> 6 anos	14	17,5	
Amplitude (Valor máximo – Valor mínimo)	(13,00 – 0,11)		
Tempo de transplante (anos)			7,97 ± 5,61
Até 5 anos	36	45	
6 – 10 anos	16	20	
11 – 20 anos	26	32,5	
> 20 anos	2	2,5	
Amplitude (Valor máximo – Valor mínimo)	(26,00 – 0,60)		
Tipo de doador			
Vivo	40	50	
Falecido	40	50	
Idade do doador (anos)			37,87 ± 12,45
Até 18 anos	3	3,75	
19 – 30 anos	19	23,75	
31 – 50 anos	47	58,75	
> 50 anos	11	13,75	
Amplitude (Valor máximo – Valor mínimo)	(64,00 – 3,00)		
Diabetes pós transplante			
Sim	12	15,38	
Não	68	84,62	
Pressão arterial			
Normal	4	5	

Alterada	76	95
Índice de Massa Corpórea (Kg/m²)		
Baixo peso (IMC 16 a <18,4)	7	8,75
Peso adequado (18,5 a <25)	38	47,5
Sobrepeso (25,0 a 29,9)	29	36,25
Obesidade (≥30)	6	7,5
Frequência de atividade física		
Regularmente	36	45
Esporadicamente	10	12,5
Não realiza	34	42,5
Faz uso de bebidas alcoólicas		
Sim	4	5
Não	76	95
Fumante		
Sim	3	3,75
Ex fumante	20	25
Nunca fumou	57	71,25

Fonte: As autoras, 2020.

Na tabela 3, verificou-se o padrão e desempenho sexual entre os gêneros, onde constatou-se significância estatística e o gênero masculino (58,97%) apresentou melhor padrão e desempenho sexual e o gênero feminino (19,51%), apresentou padrão e desempenho sexual entre nulo a ruim.

Tabela 3 - Distribuição da interpretação das respostas do Questionário Quociente Sexual com a saúde entre os gêneros, São Luís - MA, 2020. (n=80)

VARIÁVEIS	Geral		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	N	%
Padrão e desempenho sexual						
Bom a excelente	38	47,5	23	58,97	15	36,59
Regular a bom	23	28,75	13	33,33	10	24,39
Desfavorável a regular	7	8,75	2	5,13	5	12,2
Ruim a desfavorável	4	5	1	2,56	3	7,32
Nulo a ruim	8	10	0	-	8	19,51

Legenda: Exato de Fisher (*); Qui-quadrado (#)

Fonte: As autoras, 2020.

Na tabela 4, o resultado do questionário de Quociente Sexual foi associado às variáveis idade, gênero, tempo de hemodiálise, tipo de doador e tempo de transplante. Observou-se significância estatística ao associar sexualidade às idades de 30 a 59 anos, quanto ao gênero, verificou-se que o gênero masculino está associado a um melhor padrão de desempenho sexual. Não houve significância

estatística quando a função sexual foi associada a tempo de hemodiálise, entretanto os transplantados renais que realizaram até 5 anos de hemodiálise apresentaram os maiores escores para sexualidade. Não houve significância estatística ao associar sexualidade e tipo de doador (vivo ou falecido), porém os receptores de doadores falecidos obtiveram os maiores escores. Não houve significância estatística ao associar sexualidade e tempo de transplante, todavia, os maiores escores foram encontrados nos transplantados há mais de 10 anos.

Tabela 4 - Características sociodemográficas, clínicas e a distribuição dos resultados obtidos no Quociente Sexual de pacientes transplantados renais. São Luís - MA, 2020. (n=80)

VARIÁVEIS	Quociente Sexual	
	Mediana (Q3 – Q1)	p-valor
Idade (anos)		
18 - 29 anos	75,00 A (84,0 – 64,0)	0,008 + (A>a)
30 – 59 anos	82,00 A (94,0 – 70,0)	
≥ 60 anos	20,00 a (68,0 – 20,0)	
Gênero		
Masculino	82 (98,0 – 76,0)	0,002 Π
Feminino	70 (90,0 – 34,0)	
Estado civil		
Com companheiro fixo	80 (96,0 - 73,00)	0,042 Π
Sem companheiro fixo	73 (86,0-26,00)	
Tempo de hemodiálise		
Até 5 anos	81 (94,0 – 68,0)	0,139 Π
Acima de 5 anos	76 (90,0 – 34,0)	
Tipo de doador		
Falecido	81 (95,0 – 69,0)	0,238 Π
Vivo	76 (88,0 – 52,0)	
Tempo de transplante		
De 6 meses a 10 anos	79 (91,0 – 60,0)	0,804 Π
Acima de 10 anos	80 (94,0 – 67,0)	

Fonte : As autoras, 2020.

DISCUSSÃO

Neste estudo observou-se correlação estatisticamente significativa entre as variáveis gênero, idade e estado civil.

Ao associar ao padrão/desempenho sexual e gênero, este estudo apresentou melhor padrão e desempenho sexual o gênero masculino (58,97%) apontando como bom a excelente e padrão de desempenho sexual feminino como nulo a ruim (19,51%). Diferente do nosso resultado, em uma pesquisa com 110 pessoas transplantadas, sendo 79 do sexo masculino e 31 do sexo feminino, encontrou que nos indivíduos do sexo masculino, 94,9% apresentaram disfunção sexual, sendo as dimensões mais afetadas o desejo sexual e a satisfação sexual; a satisfação geral; a função erétil e a função orgásmica. Nos indivíduos do sexo feminino observa-se uma relação igualmente negativa (COELHO-GONÇALVES et al., 2019).

Assuntos de ordem sexual trazem grande ansiedade para os dois gêneros. Para os homens põem em ameaça sua masculinidade, já para as mulheres deparam-se com possibilidade de infertilidade, alterações no ciclo menstrual, irregularidades na duração do ciclo ou abundância no fluxo, ausência de ovulação e em caso de gravidez há elevado risco de aborto (MACEDO; TEIXEIRA, 2016).

Um estudo com 58 pacientes em que analisou a associação entre os diagnósticos de enfermagem, os fatores relacionados e as características definidoras presentes em pacientes transplantados, apontou disfunção sexual e padrão de sexualidade ineficazes como diagnósticos prevalentes nessa população (LIRA; LOPES, 2010). Em outro estudo, verificou-se melhoria na função sexual após a realização de transplante de rim, principalmente em mulheres mais jovens e com bom funcionamento de enxerto. Os pacientes receptores de doadores vivos femininos tendem a apresentar melhor função sexual do que aqueles pacientes que recebem órgãos de doadores falecidos (COELHO-GONÇALVES et al., 2019).

Alguns autores enfatizam que pouca atenção é dada a função sexual feminina e discussões acerca dessa temática ainda continuam sendo uma barreira significativa para pesquisa clínica e menos tratamentos são disponibilizados. Fazendo uma comparação com o que se discute acerca da função sexual do homem, o comportamento sexual da mulher é pouco abordado (CABRAL et al., 2015; BRASIL; ABDO, 2016). No presente estudo, percebeu-se que os homens

apresentam maior tendência não falar sobre problemas sexuais.

O transplante renal tem efeitos positivos na função sexual e no estado menstrual e hormonal da mulher, e frequentemente é restaurada a menstruação e a fertilidade pela normalização do perfil hormonal (FILOCAMO et al., 2009). Ainda é possível que o paciente ao receber transplante renal pode tenha sua capacidade sexual preservada (ANTONUCCI et al., 2016).

Neste estudo, ao relacionar função sexual à idade constatou-se que pacientes na faixa etária entre 30 a 59 anos tem um melhor padrão de desempenho sexual. Um resultado contrário foi encontrado em investigação com 78 pacientes em que a função erétil foi avaliada durante a visita inicial e 1 ano após transplante renal, usando o questionário Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)20. Pacientes com idade ≥ 45 anos não relataram variações significativas em qualquer domínio IIEF, enquanto pacientes com idade < 45 anos relataram uma diminuição significativa na pontuação total média do IIEF devido a variações nos escores dos domínios para função erétil, desejo sexual e satisfação geral, ou seja, a prevalência de disfunção erétil foi superior para os transplantados com idade inferior a 45 anos (MIRONE et al., 2009), enquanto em nosso estudo os transplantados com idades entre 30 e 59 anos apresentaram melhor desempenho sexual.

Em estudo semelhante, ao relacionar idade e o função sexual entre os gêneros, constatou-se correlações negativas, como diminuição do desejo sexual, função erétil e satisfação geral nos homens à medida que a idade avança, e nas mulheres foi evidenciado diminuição da lubrificação, do desejo/excitação, do orgasmo, da satisfação e agravamento da dor à medida que envelhecem, ou seja, à medida que a idade avança o funcionamento sexual da pessoa transplantada renal diminui (GONÇALVES et al., 2019).

Várias pesquisas apontam que os problemas com a função sexual são dominantes na população das pessoas transplantadas renais e os problemas a nível sexual têm repercussões nos diversos aspectos da vida do paciente, na qualidade de vida, bem-estar, autoestima e relações interpessoais (ANTONUCCI et al., 2016; CABRAL et al., 2015; COELHO-GONÇALVES et al., 2019; FILOCAMO et al., 2009;).

É provável que em algum momento o transplantado renal possa apresentar um padrão de sexualidade ineficaz ou disfunção sexual, sugerindo que esse paciente deva ser avaliado pela equipe de enfermagem, para que intervenções adequadas sejam realizadas, visto que tal equipe tem desempenhado um papel importante, com

intervenções relevantes constituindo assim um pilar essencial para o paciente transplantado renal, pois essa equipe atua de forma mais próxima a ele, observa seus problemas e dificuldades, analisando-os para a elaboração da melhor solução para superá-los (MIRONE et al., 2009).

Observa-se que nem sempre os pacientes transplantados recebem as orientações adequadas, o que demonstra que o profissional de enfermagem deve sempre buscar aprimoramento e qualificação, a fim de fornecer a melhor assistência aos pacientes, além de proporcionar uma melhoria em sua qualidade de vida e recuperação (MARQUES; FREITAS, 2018; COELHO-GONÇALVES et al., 2019).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações foram encontradas no presente estudo, tais como a dificuldade de compreensão de algumas questões dos questionários de sexualidade, por parte dos participantes de pesquisa, devido ao baixo nível socioeconômico e cultural. Por essa razão houve a necessidade de adaptar algumas expressões, utilizando linguagem mais acessível ao contexto; também a escassez de estudos recentes publicados sobre o tema. Mesmo com essas limitações os achados deste estudo, abrem possibilidades para a realização de outros na prática clínica da equipe transplantadora, a fim de identificar os problemas relacionados a sexualidade dos transplantados renais evitando consequências que afetem a vida das pessoas vários aspectos.

CONCLUSÃO

Neste estudo ao associar função sexual e gênero, o gênero masculino apresentou melhor padrão e desempenho sexual apontando como bom a excelente, enquanto o gênero feminino apresentou padrão de desempenho sexual nulo a ruim. Ao relacionar função sexual à idade, constatou-se que pacientes que estão na faixa etária entre 30 a 59 anos tem um melhor padrão de desempenho sexual.

Os transplantados renais que realizaram até 5 anos de hemodiálise, os receptores de doadores falecidos e os transplantados há mais de 10 anos, apresentaram os maiores escores para sexualidade, embora sem significância estatística.

Os resultados da investigação sugerem que a equipe de saúde deve assistir o paciente transplantado de maneira integral de modo a observar todos os aspectos de sua vida, incluindo a sua função sexual, além de promover a continuidade de cuidados, com uma equipe multiprofissional estruturada com intervenção formativa, que proponha intervenções e avalie seus resultados a fim de que se proponham melhorias na qualidade de vida do paciente transplantado. Sugere-se ainda que os transplantados renais sejam orientados em relação à sua função sexual, para que entendam que embora o transplante renal melhore a saúde sexual, a prevalência da disfunção sexual é comum.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. Elaboração e validação do quociente sexual - versão masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem. *RBM Rev Bras Med.*, v.63, n.1, p.42-46, 2007.

ABDO, C. H. N. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliara atividade sexual da mulher. *Diagn Tratamento.*, v.14, n.2, p.89-90, 2009.

ALNASRALLAH, B. et al. Transplantation and diabetes (Transdiab): a pilot randomised controlled trial of metformin in impaired glucose tolerance after kidney transplantation. *BMC Nephrol.*, v.20, n.1, p.147, 2019.

ANTONUCCI, M. et al. Male sexual dysfunction in patients with chronic end-stage renal insufficiency and in renal transplant recipients. *Arch Ital Urol Androl.*, v.87, n.4, p.299-305, 2016.

BRASIL, A. P. V.; ABDO, C. H. N. Transtornos sexuais dolorosos femininos. *Rev Diagnóstico Tratamento*, v.2, n.21, p.89-92, 2016.

CABRAL, J. F. et al. Female sexual function and depression after kidney transplantation: comparison between deceased- and living-donor recipients. *Transplantation Proceedings*, v.47, n.4, p.989-991, 2015.

COELHO-GONÇALVES, P. R. et al. Sexual function of kidney transplant recipients.

Rev Enferm Referência., v.4, n.21, p.47-56, 2019

FILOCAMO, M. T. et al. Sexual dysfunction in women during dialysis and after renal transplantation. *J Sex Med.*, v.6, n.11, p.3125-3131, 2009.

GONÇALVES, P. R. C. et al. La función sexual de la persona con trasplante renal. *Rev Enferm Referência.*, v.4, n.21, p.47-57, 2019.

KIM, K. M. et al. Impact of chronic kidney disease on mortality: A nationwide cohort study. *Kidney Res Clin Pract.*, v.38, n.3, p.382- 390, 2019.

LEVIN, A. et al. Kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO) CKD work group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, v.3, n.1, p.1-150, 2013.

LIRA, A. L. B. C.; LOPES, M. V. O. Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.*, v.31, n.1, p.108-114, 2010.

MACEDO, L. O. S.; TEIXEIRA, M. G. F. D. Alterações vivenciadas na doença renal crônica: impacto na percepção da autoimagem e sexualidade. *Rev Saúde Desenvolvimento*, v.9, n.5, p.165-177, 2016.

MACIEL DE OLIVEIRA, C. et al. A importância do médico de atenção primária no rastreamento e diagnóstico precoce da doença renal crônica. *Rev Cienc Saude*, v.9,n.2, p.3, 2019.

MARQUES, R. V. S.; FREITAS, V. L. Importância da assistência de enfermagem no cuidado ao paciente transplantado renal. *Rev Enferm UFPE online*, v.12, n.12, p.3436-44, 2018.

MENDES, K. D. S; ALMEIDA, M. C. P. Sexualidade e transplante de órgãos. *Rev Bras Medicina.*, v.70, p.27-32, 2013.

MIRONE, V. et al. Renal transplantation does not improve erectile function in hemodialysed patients. *European Urology*. v.56, n.6, p.1047-1054, 2009.

MOTA, R. M. L. S. *Disfunção Sexual Masculina após Transplantação Renal: Influência do Tempo Pós-Transplantação Renal e do Impacto da Imagem Corporal na Satisfação Sexual Pós-Transplantação*. 2017. 118 f. Dissertação (Medicina Sexual no Curso de Mestrado Transdisciplinar de Sexologia) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2017.

RAMÍREZ-PERDOMO, C. A.; SOLANO-RUIZ, M. C. A construção social da experiência de viver com uma doença renal crônica. *Rev Latino Am Enferm.*, v.26, e3028, 2018. DOI: 10.1590/1518-8345.2439.3028.

SOUSA, L. et al. Análise fatorial confirmatória da depression anxiety stress scale em pessoas com doença renal crônica. *Rev Portuguesa Enferm Saúde Mental.*, n.5, p.13- 18, 2017. DOI: 10.19131/rpesm.0161

ZANESCO, C. et al. Qualidade de vida em pacientes hemodialíticos: avaliação através do questionário KDQOL-SF™. *Saúde Com.* 2017; 13(1):818-823.

3.4 Estudo 3 – Função sexual, qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em receptores de transplantes renais (Manuscrito)

RESUMO

Objetivo: associar função sexual, qualidade de vida (QV), sintomas de ansiedade e depressão aos aspectos sociodemográficos e clínicos em receptores de transplante renal. Métodos: Estudo transversal realizado no nordeste do Brasil, em um Hospital Universitário de referência no estado Maranhão para realização de transplantes, dados coletados no período de janeiro a dezembro de 2019, amostra de 240 transplantados renais, > 18 anos no momento do transplante, seguimento ambulatorial regular; qualidade de vida, função sexual, sintomas de ansiedade e depressão foram avaliados utilizando WHOQOL-bref, Quociente Sexual - versão masculina (QSM) e feminina (QSF), Escala de medida de ansiedade e depressão hospitalar (HADS); pressupostos de normalidade foram avaliados pelo teste Shapiro Wilk, comparação das médias foi utilizado Teste-t de Student para amostras independentes ou Análise de Variância (ANOVA) com post-hoc Bonferroni, na ausência de normalidade foram utilizados Mann Whitney e Kruskal Wallis com post-hoc Dunnet. Resultados: participantes tinham idade média de 42 anos, 123 mulheres apresentaram escores mais baixos para QV geral ($p=0,001$), função sexual geral baixa ($p < 0,001$), níveis mais altos de sintomas de ansiedade ($p = 0,002$) e sintomas depressivos ($p < 0,001$); função sexual e QV foram negativamente influenciadas por características sociodemográficas e clínicas. Conclusão: importante ressaltar a necessidade de especificar com mais clareza sobre fatores pessoais, ambientais e clínicos que influenciam negativamente os resultados da QV, pois, uma melhor compreensão desses fatores é essencial para desenvolver intervenções que

melhorem a QV e a função sexual no contexto do transplante e minimizem os sintomas de ansiedade e depressão.

Palavras-chave: Transplante renal. Sexualidade. Qualidade de vida. Ansiedade. Depressão.

INTRODUÇÃO

O transplante renal foi introduzido como terapia substitutiva em larga escala a partir da década de 1960, alcançando expressivo e crescentes índices de sucesso na década de 1980, tendo se destacado como opção terapêutica por estar associado à maior sobrevida e qualidade de vida aos receptores (TAMINATO et al., 2015).

Silva et al. (2020), destacam que o transplante renal é uma opção de tratamento válida para a doença renal crônica terminal (DRCT), a única capaz de corrigir, além da função emunctoria, anormalidades metabólicas, hematológicas e endócrinas, permitindo que a maioria dos pacientes obtenha uma melhor qualidade de vida, sendo considerado a forma mais eficaz de terapia renal substitutiva (TRS) por proporcionar um aumento na sobrevida do paciente a longo prazo, e uma melhor qualidade de vida se comparado às outras formas de TRS (DE SOUSA MATOS et al., 2016).

Um transplante renal bem-sucedido libera os pacientes das restrições da diálise e permite maior independência, visto que recuperam parcela suficiente das capacidades que tinham antes da doença renal crônica e favorece maior liberdade de tempo e mobilidade, bem como a possibilidade de realizar um trabalho remunerado (CARDOSO et al., 2013).

Segundo Rudnicki (2014), o transplante oferece melhores possibilidades de reabilitação, diminuição de restrições e menor custo social, melhoria da qualidade de vida, incremento da capacidade funcional, redução da dor, melhoria do estado geral de saúde, resgate de expectativas e planejamentos, maior integração social e maior força de trabalho. Entretanto, apesar de o transplante renal trazer esperança de uma vida próxima à normalidade, o processo de preparação para a cirurgia é, muitas vezes, demorado, pois envolve uma série de avaliações médicas, cirúrgicas e psicossociais aos candidatos a receptor e ao doador.

Um transplante realizado em tempo hábil é a maior expectativa do renal crônico, mas, apesar de representar uma alternativa de tratamento, não é garantia de cura quando se consideram as implicações que envolvem a cirurgia e o pós-operatório. Também é um tratamento que apresenta excelente prognóstico, mas, tem como fatores dificultadores as grandes filas de espera e a incompatibilidade de doadores (KNHS et al., 2013).

Apesar do progresso da ciência e tecnologia médica neste campo, permanecem problemas que afetam a quantidade de transplantes implementados, bem como o seu sucesso. Além do número insuficiente de órgãos doados por doadores falecidos ou vivos, uma das principais dificuldades para a realização do transplante renal (TxR), é o manejo das vias pré e pós-transplante, muitas vezes exclusivamente médico-cirúrgicas, o que exclui a importância da integridade entre mente e corpo. O transplante é um evento muito exigente e particularmente estressante que exige que o paciente implemente suas habilidades biopsicossociais para aceitar e integrar o novo órgão física e mentalmente. Essa cirurgia, portanto, envolve inúmeras mudanças psicológicas, existenciais, afetivas, relacionais e sociais tanto para o paciente candidato quanto para seu contexto familiar (DE PASQUALE et al., 2020).

A sobrevida após o transplante varia de acordo com a saúde do paciente e a qualidade do órgão transplantado. Em geral, os pacientes que obtêm o maior benefício dos transplantes em termos de anos de vida ganhos são os diabéticos, principalmente os mais jovens. Aqueles com idades entre 20 e 39 anos vivem cerca de 8 anos em diálise versus 25 anos após o transplante (AUGUSTINE, 2018). O transplante renal é considerado a forma mais eficaz de TRS por proporcionar um aumento na sobrevida do paciente a longo prazo, e uma melhor qualidade de vida se comparado às outras formas de TRS (DE SOUSA MATOS et al., 2016).

Em 2021 foram realizados 4.767 transplantes renais no Brasil, país que apresenta o maior programa público de transplantes de órgãos, células e tecidos no mundo, garantido por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, responsável por financiar aproximadamente 95% dos transplantes no país. Até o primeiro semestre de 2022, foram realizados 3.677 procedimentos em todo o país, contribuindo para o tratamento de milhares de pessoas (ABTO, 2022; COLOMBO et al., 2022).

Após o transplante podem surgir distúrbios psicológicos tais como mudanças no humor, transtornos de ansiedade, depressão e alterações psicológicas e psicossociais que acarretam uma piora na qualidade de vida do paciente transplantado (ALENCAR et al., 2015). Segundo Fontoura (2012), estudos que enfatizam qualidade de vida após o transplante renal, utilizando como instrumentos de medida o questionário fechado, percebem que esta terapêutica é determinante na qualidade de vida dos pacientes, visto que as limitações relacionadas a “dependência da máquina” são superadas.

Os pacientes transplantados estão mais sujeitos à diminuição da sua qualidade de vida em relação à população em geral e a maior prevalência de transtornos de humor. Nesses pacientes a relação entre qualidade de vida é inversamente proporcional à prevalência de ansiedade e depressão e recebe influência de diversos fatores, com destaque para a função sexual que quando saudável integra o conceito de qualidade de vida relacionada a saúde (STASIAK et al., 2014; TAN; TONG; HO, 2012).

Diante do exposto, o presente estudo foi desenvolvido como objetivo associar a função sexual, a qualidade de vida e os sintomas de ansiedade e depressão aos aspectos sociodemográficos e clínicos em receptores de transplante renal a fim de contribuir para a compreensão da realidade vivenciada pelos transplantados renais e possibilitar dados que possam subsidiar equipes de saúde para realização de ações e intervenções conforme as necessidades desses pacientes.

MÉTODOS

Estudo transversal, observacional, realizado no Centro de Prevenção de Doenças Renais (CPDR), do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), no nordeste do Brasil, referência no estado do Maranhão para tratamento de doentes renais crônicos e realização de transplantes renais pelo SUS desde março de 2000, quando foi realizado o primeiro transplante com doador vivo e desde 2005 vem realizando transplantes com doador falecido.

A amostra foi constituída por 240 transplantados renais em seguimento regular no ambulatório de pós-transplante do CPDR, no período de janeiro a

dezembro de 2019. Os critérios de inclusão foram ter mais de 18 anos na época do transplante, condições clínicas estáveis, ambos os gêneros, sobrevida ≥ 6 meses pós transplante, bom funcionamento do enxerto.

Os dados foram coletados no período de janeiro a dezembro de 2019, utilizando-se um formulário para caracterização sociodemográfica e clínica elaborado para este estudo. Todos os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e foram garantidos que seus registros seriam mantidos em sigilo.

A função sexual foi avaliada por meio dos questionários: Quociente Sexual Masculino (QSM) e Quociente Sexual Feminino (QSF), ambos desenvolvidos e validados no Brasil (ABDO, 2007; 2009). São formados por dez questões auto responsivas e com linguagem acessível, abrangem os diferentes elementos funcionais e relacionais pertinentes a desempenho/satisfação sexual de ambos os sexos. O escore total do QS-M e do QS-F varia de 0 a 100, onde os valores maiores indicam melhor padrão de desempenho sexual considerando-se: 82 - 100 pontos - bom a excelente; 62 - 80 pontos - regular a bom; 42 - 60 pontos - desfavorável a regular; 22 a 40 pontos - ruim a desfavorável; 0 a 20 pontos - nulo a ruim.

A qualidade de vida foi avaliada utilizando-se o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref), desenvolvido e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foi adaptado e validado para uso no Brasil em 2000, mede a percepção do participante em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Também apresenta propriedades psicométricas satisfatórias e demanda pouco tempo de aplicação. Por meio desse instrumento, é possível descrever a percepção subjetiva de um indivíduo em relação à sua saúde física e psicológica, às relações sociais e ao ambiente em que vive (FLECK et al., 2000). Neste estudo o ponto de corte estabelecido para qualidade de vida geral foi 60, onde: ≥ 60 pontos - melhor qualidade de vida e satisfação com a saúde; < 60 pontos - pior qualidade de vida e insatisfação com a saúde.

Os sintomas de ansiedade e depressão foram avaliados pela Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), formada por 14 questões do tipo múltipla escolha e com duas subescalas, uma de ansiedade (HADS-A) e outra depressão (HADS-D), com sete itens em cada domínio. Para cada item existem quatro alternativas com uma pontuação, conforme a alternativa assinalada, que vai de 0 a 3, sendo que a soma da pontuação obtida para os itens de cada subescala

fornece uma pontuação total que vai de 0 a 21 (BOTEGA et al.,1995). Neste estudo foram adotados os pontos de cortes apontados por Zigmond e Snaith (1983), recomendados para ambas as subescalas: HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ; HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 .

A análise dos instrumentos foi realizada segundo os critérios estabelecidos pelos autores nas versões em português. Os dados foram digitados no Software Excel® 2013 e analisados com a utilização do Software Statistical Package for Social Science (SPSS®) versão 25.0. As variáveis categóricas foram descritas por frequências e porcentagem e as variáveis quantitativas com média e desvio padrão. Para avaliação da diferença de proporção entre variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher. A normalidade dos dados quantitativos foi avaliada pelo teste Shapiro Wilk, na comparação de médias foi utilizado o Teste-t de Student para amostras independentes ou a Análise de Variância (ANOVA) com post-hoc Bonferroni. Na ausência de normalidade os testes utilizados foram Mann Whitney e Kruskal Wallis com post-hoc Dunnet. A investigação de correlação entre os parâmetros avaliados foi realizada pelo coeficiente de correlação de Spearman. Na interpretação da força das correlações (valores de “ ρ ”), foi utilizada a classificação que considera: fraca magnitude ($\rho < 0,4$), moderada magnitude ($\rho > 0,4$ a $\rho < 0,5$) e forte magnitude ($\rho > 0,5$) (HULLEY, et al, 2003). Em todos os testes estatísticos utilizados, foi fixado o valor de $p < 0,05$ para rejeição da hipótese nula.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), sob o Parecer N° 4.236.312.

RESULTADOS

O presente estudo transversal contou com a participação de 240 transplantados renais, sendo 117 do gênero masculino (48,75%) e 123 do gênero feminino (51,25%), maioria com idade que entre 30 e 59 anos (72,08%), idade média foi de 42,37 anos; referente ao estado civil 67,50% tinham companheiro fixo; 55,42%

tinham até nove anos de estudo; 57,50% estavam aposentados ou recebiam benefício do governo; 64,17% recebiam entre 1 e 2 salários-mínimos de renda mensal (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas de receptores de TxR, São Luís – MA, Brasil, 2022 (n=240)

VARIÁVEIS	N	%	Média ± DP
Gênero			
Masculino	117	48,75	
Feminino	123	51,25	
Idade (anos)			42,37 ± 12,87
18 - 29 anos	39	16,25	
30 – 59 anos	173	72,08	
≥ 60 anos	28	11,67	
Amplitude (Maior -Menor valor)		(72,00 – 18,00)	
Estado civil			
Com companheiro fixo	162	67,5	
Sem companheiro fixo	78	32,5	
Escolaridade			
Até 9 anos	133	55,42	
Até 12 anos	66	27,50	
Acima de 12	41	17,08	
Situação de trabalho			
Ativo	51	21,25	
Aposentado / Recebe benefício	138	57,5	
Desempregado	51	21,25	
Renda familiar (salário= R\$ 1.100)			
Menor que 1 salário	24	10	
Entre 1 e 2 salários	154	64,17	
Acima de 2 salários	62	25,83	

Fonte: As autoras, 2022.

Na tabela 2 encontram-se as características clínicas dos transplantados renais, dos quais 63,33% realizaram hemodiálise por mais de 10 anos; 45,42% tinham até 5 anos de transplantação renal; sendo que 51,25% receberam o órgão de doador falecido; 15,83% desenvolveram diabetes após o transplante; 46,25% realizavam alguma atividade física; 47,50% apresentavam peso adequado para idade; 23,33% apresentavam ansiedade e 15% depressão.

Tabela 2 – Características clínicas de receptores de TxR, São Luís - MA, Brasil, 2022
(n=240)

VARIÁVEIS	N	%	Média ± DP
Tempo de hemodiálise (anos)			13,01 ± 6,23
Até 2 anos	152	63,33	
3 a 4 anos	62	25,83	
A partir de 5 anos	26	10,83	
Tempo de transplante (anos)			7,91 ± 5,58
Até 5 anos	109	45,42	
6 – 10 anos	47	19,58	
Acima de 10 anos	84	35	
Tipo de doador			
Vivo	117	48,75	
Falecido	123	51,25	
Diabetes pós transplante			
Sim	38	15,83	
Não	202	84,17	
Índice de Massa Corpórea (Kg/m²)			
Baixo peso (16 a 18,4)	20	8,33	
Peso adequado (18,5 a 25)	114	47,5	
Sobrepeso/obesidade (25,0 a ≥ 29,9)	106	44,17	
Realiza atividade física			
Sim	111	46,25	
Não	128	53,75	
Ansiedade			
Ausente	184	76,67	
Presente	56	23,33	
Depressão			
Ausente	204	85,00	
Presente	36	15,00	

Fonte: As autoras, 2022.

Na análise da correlação entre os domínios do whoqol-bref, com quociente sexual, HAD ansiedade e depressão encontrou-se no domínio físico: correlação fraca com função sexual ($p=0,006$; $r=0,276$), correlação moderada ansiedade ($p< 0,001$; $r= -0,412$) e correlação forte com depressão ($p< 0,001$; $r= -0,586$); domínio psicológico: correlação moderada com função sexual ($p< 0,001$; $r=0,405$), correlação forte com ansiedade ($p< 0,001$; $r= -0,530$) e forte com depressão ($p< 0,001$; $r=-0,592$); domínio relações sociais: apresentou correlação forte com função sexual ($p<0,001$; $r=0,624$), moderada com ansiedade ($p< 0,001$; $r= -0,421$) e forte com depressão ($p<0,001$; $r=-0,598$); domínio meio ambiente não apresentou correlação com função sexual, houve correlação fraca com ansiedade ($p=0,014$; $r=-0,357$) e moderada com depressão ($p< 0,001$; $r= -0,409$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Correlação entre os domínios do whoqol-bref, quociente sexual e escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes transplantados renais, 2022 (n=240)

DOMÍNIOS WHOQOL-BREF	Quociente Sexual		Escala Hospitalar			
			Ansiedade		Depressão	
	Coeficiente ρ	p- valor*	Coeficiente ρ	p- valor*	Coeficiente ρ	p- valor*
Físico	0,276	0,006	-0,412	<0,001	-0,586	<0,001
Psicológico	0,405	<0,001	-0,530	<0,001	-0,592	<0,001
Relações Sociais	0,624	<0,001	-0,421	<0,001	-0,598	<0,001
Meio ambiente	0,103	0,110	-0,357	0,014	-0,409	<0,001
TOTAL	0,466	<0,001	-0,475	<0,001	-0,603	<0,001

Legenda: Coeficiente de correlação de Spearman (*)
Fonte: As autoras, 2022.

Na tabela 4, constam as associações entre características sociodemográficas com função sexual, qualidade de vida e ansiedade e depressão, onde verificou-se que houve relevância estatística nas seguintes associações QUOCIENTE SEXUAL: gênero ($p < 0,001$), idade ($p < 0,001$), estado civil ($p = 0,001$), escolaridade ($p = 0,009$) e situação de trabalho ($p = 0,014$); WHOQOL: gênero ($p = 0,001$), idade ($p = 0,003$), escolaridade ($p = 0,001$) e renda ($p = 0,002$); HAD-ansiedade: gênero ($p = 0,002$), estado civil ($p = 0,043$), escolaridade ($p < 0,001$); HAD-depressão: gênero ($p < 0,001$), idade ($p = 0,024$) e estado civil ($p = 0,028$).

Na tabela 5 foram encontradas diferenças estatísticas ao associar QUOCIENTE SEXUAL: tipo de doador ($p = 0,011$), atividade física ($p = 0,029$), ansiedade ($p = 0,003$); WHOQOL: tempo de hemodiálise ($p = 0,032$), tempo de transplante ($p = 0,001$), atividade física ($p = 0,001$), ansiedade ($p < 0,001$), depressão ($p < 0,001$); HAD-ansiedade: tempo de hemodiálise ($p < 0,001$), tempo de transplante ($p < 0,001$), tipo de doador ($p = 0,009$), diabetes pós transplante ($p = 0,032$), atividade física ($p = 0,006$); HAD-depressão: tempo de hemodiálise ($p = 0,013$), tempo de transplante ($p < 0,001$), tipo de doador ($p = 0,001$) e atividade física ($p < 0,001$).

Tabela 4 – Associação entre características sociodemográficas, função sexual, qualidade de vida, ansiedade e depressão de receptores de TxR, São Luís - MA, Brasil, 2022

VARIÁVEIS	QUOCIENTE SEXUAL			WHOQOL-BREF			ANSIEDADE					DEPRESSÃO				
	Score total		p-valor	Score total		p-valor	Ausente		Presente		p-valor*	Ausente		Presente		p-valor*
	Média	DP		Média	DP		n	%	n	%		n	%	n	%	
Gênero			<0,001 ^M			0,001 ^T				0,002*						<0,001*
Masculino	65,27	15,53		74,29	9,23		100	85,47	17	14,53		114	97,44	3	2,56	
Feminino	54,27	28,44		60,38	11,34		84	68,29	39	31,71		90	73,17	33	26,83	
Idade (anos)			<0,001 ^K			0,003*				0,891 ^U						0,024*
18 - 29 anos	61,64 ^A	23,83		78,56 ^A	8,67		31	16,85	8	14,29		34	16,67	5	13,89	
30 – 59 anos	67,86 ^A	20,72		71,46 ^A	10,17		132	71,74	41	73,21		142	69,61	31	86,11	
≥ 60 anos	45,29 ^a	30,45		68,70 ^a	11,95		21	11,41	7	12,50		28	13,73	0	-	
Estado civil			0,001 ^M			0,973 ^T				0,043 ^U						0,028*
Com companheiro fixo	67,63	21,14		72,30	10,43		118	64,13	44	78,57		132	64,71	30	83,33	
Sem companheiro fixo	53,54	28,76		72,28	10,82		66	35,87	12	21,43		72	35,29	6	16,67	
Escolaridade			0,009 ^K			0,001*				<0,001*						0,436*
Até 9 anos	67,68 ^A	21,45		71,70	10,96		114	61,96	19	33,93		116	56,86	17	47,22	
Até 12 anos	63,18 ^a	29,07		68,73 ^a	10,16		38	20,65	28	50		53	25,98	13	36,11	
Acima de 12 anos	63,90	23,01		74,24 ^A	10,16		32	17,39	9	16,07		35	17,16	6	16,67	
Situação de trabalho			0,014 ^K			0,212*				0,087 ^U						0,117*
Ativo	60,71 ^A	19,63		73,83	8,7		45	24,46	6	10,71		48	23,53	3	8,33	
Aposentado/Recebe benefício	51,39	26,71		72,43	11,22		101	54,89	37	66,07		114	55,88	24	66,67	
Desempregado	59,88 ^a	22,47		70,39	10,19		38	20,65	13	23,21		42	20,59	9	25	
Renda (Salário-Mínimo)*			0,146 ^K			0,002*				0,151*						0,509*
Menor que 1 salário	68,5	17,72		67,46 ^a	7,91		15	8,15	9	16,07		19	9,31	5	13,89	
Entre 1 e 2 salários	63,16	25,8		71,68 ^A	10,42		118	64,13	36	64,29		130	63,73	24	66,67	
Acima de 2 salários	74,55	24,45		75,68 ^A	10,8		51	27,72	11	19,64		55	26,96	7	19,44	

Legenda: Mann Whitney (M); Kruskal Wallis (K), seguido de Dunnet (A>a) ; Teste-t para amostras independentes (T); Anova, seguido de Bonferroni (A>a; B>b; C>c) (*)

Fonte: As autoras, 2022.

Tabela 5 – Associação entre características clínicas, função sexual, qualidade de vida e ansiedade e depressão de receptores de TxR, São Luís - MA, Brasil, 2022 (n=240)

VARIABLES	QUOCIENTE SEXUAL			WHOQOL-BREF			ANSIEDADE			DEPRESSAO						
	Score total		p-valor	Score total		p-valor	Ausente		Presente		p-valor*	Ausente		Presente		P-valor*
	Média	DP		Média	DP		n	%	n	%		n	%	n	%	
Tempo de hemodiálise (anos)			0,633 ^K			0,032 ^T					<0,001 [*]					0,013 [*]
Até 5 anos	66,85	22,35		76,05 ^A	10,05		26	14,13	0	-		23	11,27	3	8,33	
6 – 10 anos	54,39	23,47		74,18	8,9		59	32,07	3	5,36		59	28,92	3	8,33	
Acima de 10 anos	51,86	25,65		70,88 ^T	11		99	53,8	53	94,64		122	59,8	30	83,33	
Tempo de transplante (anos)			0,811 ^K			0,001 ^T					<0,001 [*]					<0,001 [*]
Até 5 anos	61,83	26,17		73,76 ^A	9,82		100	54,35	9	16,07		106	51,96	3	8,33	
6 – 10 anos	63,79	20,85		74,62 ^A	8,00		34	18,48	13	23,21		41	20,1	6	16,67	
Acima de 10 anos	74,21	24,99		69,09 ^B	11,93		50	27,17	34	60,71		57	27,94	27	75	
Tipo de doador			0,011 ^M			0,599 ^T					0,019 [*]					0,001 [*]
Vivo	67,18	23,19		72,03	11,31		82	44,57	35	62,5		90	44,12	27	75	
Falecido	59,12	25,58		72,54	9,78		102	55,43	21	37,5		114	55,88	9	25	
Diabetes pós transplante			0,173 ^M			0,843 ^T					0,032 [*]					0,882 [*]
Sim	65,89	29,31		72,21	13,5		24	13,04	14	25		32	15,69	6	16,67	
Não	74,40	23,61		72,31	9,92		160	86,96	42	75		172	84,31	30	83,33	
Atividade física			0,029 ^M			0,001 ^T					0,006 [*]					<0,001 [*]
Sim	67,60	20,46		74,93	9,27		94	51,09	17	30,36		105	51,47	6	16,67	
Não	59,13	27,36		70,02	11,04		90	48,91	39	69,64		99	48,53	30	83,33	
Índice de Massa Corpórea (Kg/m²)			0,732 ^K			0,050 ^T					0,382 [*]					0,059 [*]
Baixo peso (16 a 18,4)	71,56	25,43		71,33	10,34		13	7,07	7	12,5		14	6,86	6	16,67	
Peso adequado (18,5 a 24,9)	75,40	22,93		73,83	10,36		87	47,28	27	48,21		102	50,00	12	33,33	
Sobrepeso/obesidade (25 a ≥ 29,9)	69,10	29,64		68,65	11,52		84	45,65	22	39,29		88	43,14	18	50	
Ansiedade			0,003 ^M			<0,001 ^T										
Ausente	65,43	24,3		74,64	9,53											
Presente	55,21	24,71		64,56	9,94											
Depressão			0,419 ^M			<0,001 ^T										
Ausente	72,82	25,82		73,86	10,13											
Presente	64,33	17,42		63,37	8,07											

Legenda: Mann Whitney (M); Kruskal Wallis (K), seguido de Dunnet (A>a) ; Teste-t para amostras independentes (T); * Anova, seguido de Bonferroni (A>a; B>b; C>c)

Fonte: As autora, 2022.

DISCUSSÃO

Com base em nossos achados, correlações negativas foram encontradas na associação entre os domínios da QV, ansiedade e depressão, corroborando o estudo de Lee et al. (2015), que confirmaram a existência dessas mesmas correlações, entretanto nesse estudo os domínios psicológico e relacionamento social foram os mais afetados pela depressão e ansiedade. Este estudo vai ao encontro dos achados de Al-Nashri e Almutary (2021), que ao avaliarem o impacto da ansiedade e da depressão na QV de pacientes em hemodiálise, também identificaram correlações negativas entre ansiedade e QV ($r = -0,599$, $p < 0,001$) e entre depressão e QV ($r = -0,599$, $p < 0,001$).

Verificou-se que a função sexual foi influenciada pelo gênero, idade, estado civil, escolaridade, situação de trabalho, tipo de doador, atividade física e ansiedade. A disfunção sexual estava presente entre participantes do gênero feminino, sem companheiro fixo, em receptores de TxR com 60 anos ou mais, entre aposentados ou que recebiam benefícios do governo, desempregados, receptores de doadores falecidos, não praticantes de atividade física e presença de ansiedade.

Dentre os fatores que influenciaram negativamente a QV encontraram-se gênero feminino, idade ≥ 60 anos, ter até 9 anos de estudo, renda mensal menor que 1 salário, tempo de hemodiálise acima de 10 anos, ser transplantado renal há mais de 10 anos, não praticar atividade física, presença de ansiedade e depressão. Este estudo também indica que fatores como idade, gênero, estado civil, e escolaridade estão associados a maiores níveis de ansiedade e depressão e, conseqüentemente a uma pior QV, resultados que são consistentes com os achados do estudo de Al-Nashri e Almutary (2021), que também encontraram o escore total de QV tipicamente maior em pacientes mais jovens do que naqueles com mais de 60 anos de idade, com níveis educacionais mais elevados, aqueles que conhecem seus problemas de saúde, aqueles que seguem planos de tratamento e aqueles com regimes nutricionais.

Ao associar função sexual, qualidade de vida, sintomas de ansiedade e depressão em receptores de TxR, aos aspectos sociodemográficos e clínicos, encontrou-se 117 receptores de TxR do gênero masculino (48,75%) e 123 do gênero feminino (51,25%), observou-se que os homens apresentaram maiores escores no quociente sexual 65,27, demonstrando melhor padrão e desempenho sexual

($p < 0,001$), também apresentaram melhores escores de QV 74,29 ($p = 0,001$), dados que foram de grande relevância para um menor nível de sintomas ansiosos e depressivos; houve maior prevalência de mulheres TxR, observando-se correlações clinicamente relevantes entre a função sexual, QV, sintomas ansiosos e depressivos, onde o escore do quociente sexual (54,27), demonstrou a presença de disfunção sexual nas mulheres ($p < 0,001$), associada a pior escore de QV 60,38 ($p = 0,001$) e sintomas de ansiedade 31,71% ($p = 0,002$) e depressão 26,83% ($p < 0,001$). Em estudo que analisou as experiências e perspectivas de receptores de transplante renal em relação à sua função sexual, encontrou que os transplantes renais podem ter um impacto positivo na função sexual de homens e mulheres (ABARCA-DURÁN et al., 2021).

De acordo com WHO (2006), esse impacto positivo pode ocorrer devido à correção de desequilíbrios metabólicos e endócrinos, à normalização dos perfis hormonais e à melhora do estado psicológico. Em contraste ao nosso estudo, Mota et al.(2019) relatam que estudos epidemiológicos realizados na população portuguesa identificaram disfunção entre 21 e 24% da população masculina, do mesmo modo, Kurtulus et al.(2017), foram conclusivos quanto à melhor função sexual feminina após o transplante renal.

Em nosso estudo as mulheres apresentaram disfunção sexual ($p < 0,001$), situação que poderia ser justificada devido a presença de ansiedade e depressão nas mulheres participantes, visto que são considerados estados psicológicos relacionados a uma diminuição da função sexual. Embora os participantes do gênero masculino tenham apresentado uma melhora no funcionamento sexual, a disfunção sexual é um problema frequente entre os receptores de transplante renal. A KDIGO (2009), menciona que problemas com a função sexual são comuns após o transplante renal, mas a prevalência relatada varia, sendo relatados na faixa de 45 a 50%. Informou ainda que existem poucos estudos focados nesta questão para as mulheres. Para os homens, a disfunção erétil pode afetar a qualidade de vida e estar associada com ansiedade, depressão e perda de autoestima. Após o transplante, a disfunção erétil pode melhorar, especialmente para os homens mais jovens. No entanto, para outros, o problema pode não mudar ou até piorar, aventando a possibilidade de que a cirurgia de transplante possa contribuir para a disfunção erétil.

Destaca-se que a presença de sintomas de ansiedade e depressão tiveram um efeito adverso significativo na QV e na função sexual dos receptores de TxR, onde

pacientes com sintomas ansiosos ou depressivos apresentaram níveis significativamente mais baixos de QV e pior função sexual em comparação com aqueles sem esses sintomas. Estes resultados que vão ao encontro daqueles apresentados por Gonçalves et al. (2019) quando identificaram que a ansiedade e a depressão contribuíram para uma maior morbidade entre os transplantados renais, uma má qualidade de vida, uma pobre relação conjugal, pior função sexual e qualidade do sono ruim. Ainda destacam sobre a evidência de que a depressão é uma comorbidade prevalente e problemática que permanece subestimada e está associada à disfunção sexual, confirmando a associação entre os valores elevados de depressão e o funcionamento sexual. Chilcot et al. (2014) consideram que a avaliação da ansiedade e depressão deve integrar a avaliação global da pessoa no pós-transplante, visto que a redução de sintomas depressivos poderá contribuir para um melhor funcionamento sexual, potencializando os ganhos em saúde e na qualidade de vida. Esse autor também destaca que apesar dos avanços no transplante renal, a depressão ainda é uma comorbidade prevalente e problemática que permanece em grande parte negligenciada e, neste cenário, prediz resultados ruins, incluindo sobrevida inferior do enxerto.

Relacionado à idade dos receptores de TxR, a média de idade foi de 42,37 anos, com predomínio entre 30 e 59 anos (72,08%), os quais apresentaram os escores mais altos do quociente sexual 67,86, demonstrando melhor padrão e desenho sexual ($p < 0,001$), ainda 86,11% dos receptores de TxR nessa faixa etária apresentaram depressão ($p = 0,024$); aqueles com idade entre 18 e 29 anos, apresentaram maiores escores de qualidade de vida 78,56 ($p = 0,003$). Ao analisar a relação entre idade e função sexual, verificou-se que à medida que a idade avança o funcionamento sexual receptor de TxR diminui. Este resultado corrobora outros estudos que constataram um declínio progressivo da atividade sexual tanto no homem quanto na mulher com a idade (ANTONUCCI et al., 2015; GONÇALVES et al., 2019).

O estudo de Kurtulus et al. (2017), concluiu que a disfunção sexual feminina aumenta com a idade e que esta, é o fator de risco mais importante para a disfunção sexual. Em nosso estudo, o transplante renal esteve associado a um aumento significativo na QV e na autopercepção da saúde, em receptores de TxR mais jovens (18 e 29 anos) possibilitando a busca por um novo emprego ou favorecendo retorno ao trabalho para esses pacientes em idade ativa. Costa e Nogueira (2014), ao associarem trabalho, renda e QV, apontam que a idade foi o principal fator que afetou

significativamente o domínio físico da QV, ainda verificaram que existe uma tendência ao aumento gradual na média de idade dos indivíduos que aguardam TxR.

Neste estudo os receptores de TxR com idade ≥ 60 anos, apresentaram pior escore de QV, esses resultados demonstram que mais esforços devem ser feitos para melhorar a QV principalmente entre pacientes idosos transplantados. Segundo KDIGO (2020), ansiedade e depressão em TxRs têm sido associadas com uma má qualidade de vida, relações conjugais ruins, função sexual desfavorável e qualidade do sono deficiente. Destacam ainda que altos níveis de ansiedade pós-transplante foram associados à depressão, a redução do apoio social, frequentes queixas físicas, mais problemas econômicos, e a depressão por sua vez foi associada à não adesão terapêutica.

Quanto ao estado civil 67,50% tinham companheiro fixo, os quais apresentaram os maiores escores para quociente sexual 67,63 ($p=0,001$), entretanto apresentaram maiores percentuais para sintomas de ansiedade 78,57% ($p=0,043$) e depressão 83,33% ($p=0,028$). Na associação com a qualidade de vida não houve alterações significativas. Diferente do nosso estudo, Hwang (2021), encontrou uma alta pontuação de QV entre participantes casados e melhores resultados no componente mental, indicando que o apoio do cônjuge teve um efeito positivo. Kurtulus et al. (2017), ressaltam que o transplante renal não afeta apenas a função sexual do receptor de TxR, mas também o relacionamento com o parceiro, que precisará apoiá-lo para que ambos possam lidar com as mudanças na função sexual no pós-transplante. Se não houver o apoio do parceiro, irão surgir preocupações negativas com a função sexual e frustração do receptor de TxR, trazendo consequências ruins à função sexual e conseqüentemente na QV.

Referente à escolaridade 55,42%, tinham até 9 anos de estudo, os quais apresentaram melhor escore no quociente sexual 67,68 ($p=0,009$); aqueles com mais de 12 anos de estudo apresentaram maior escore de qualidade de vida 74,24 ($p=0,001$) e 50% dos que tinham até 12 anos de estudo apresentaram mais sintomas de ansiedade ($p<0,001$). Estes achados corroboram aos evidenciados na literatura, onde a maioria dos estudos com transplantados renais encontrou resultados semelhantes (COLOMBO et al., 2022; PEREIRA; CARDOSO, 2017). Segundo dados do IBGE (2019), no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) 2019, apenas 46,6% da população de 25 anos ou mais de idade estava concentrada nos níveis de instrução até o ensino fundamental completo

ou equivalente; 27,4% tinham o ensino médio completo ou equivalente; e 17,4%, o superior completo.

Sobre a situação de trabalho: maioria estava aposentado ou recebia benefício do governo 57,50%. Os receptores de TxR que ainda trabalhavam apresentaram maiores escores para função sexual 60,71 ($p=0,014$), também apresentaram maiores escores para QV e, aqueles que recebiam benefícios por invalidez apresentaram QV diminuída, ambos sem relevância estatística.

Essas situações sugerem que esses receptores de TxR que estão na ativa, possam ter mais controle na situação de trabalho e, portanto, maiores possibilidades de prevenir sua saúde, não realizando demandas físicas em ambiente de trabalho mais ergonômico favoráveis a sua saúde. Diferente deste resultado, um estudo que avaliou a qualidade de vida e a saúde mental de receptores de TxR, associados ao emprego após o transplante, encontrou 51,8% empregados, com maior escolaridade e escores mais elevados de QV, enquanto os desempregados relataram fadiga e problemas de saúde mental com mais frequência e tiveram escores significativamente mais altos de ansiedade, depressão (Jordakieva, et al.,2020). Corroborando nosso estudo, Mouelhi et al. (2018), apontaram que os receptores de TxR que recebiam pensão por invalidez apresentavam uma QV prejudicada. Segundo Hwang (2021), o emprego pós-transplante é um fator adicional relacionado que influencia a QV dos participantes e destaca a necessidade de ajudar os receptores de TxR a manter o emprego ou encontrar novos empregos após o transplante como um método importante para melhorar a QV, o que conseqüentemente resultará em melhor função sexual e menos sintomas de ansiedade e depressão.

Referente a renda mensal 64,17% recebiam entre 1 e 2 salários-mínimos, aqueles que e recebiam acima de dois salários-mínimos apresentaram maiores escores de qualidade de vida 75,68 ($p=0,002$). Nossos resultados estão de acordo com a literatura, pois, no estudo de Hwang (2021), a fonte de renda influenciou positivamente a QV e levou a uma diferença nos escores médios de QV tanto para o domínio físico quanto para componentes mentais, visto que o tratamento pós-transplante, como consultas ambulatoriais regulares, compra de imunossupressores e hospitalizações, impõe encargos econômicos aos receptores de transplante renal, o que aumenta a dificuldade de manutenção da QV. Desse modo ter uma fonte de renda estável pós-transplante implica em melhorar o estado de saúde e QV, ao permitir o retorno ao trabalho e uma renda estável. Também, Costa e Nogueira (2014), ao

analisar a associação entre renda, trabalho e qualidade de vida de receptores de transplante renal encontraram que a fonte de renda influenciou positivamente a QV, e verificaram uma diferença no domínio físico quando a fonte de renda é do receptor do transplante, demonstrando que receptores de TxR com saúde física suficiente, quando são fonte de renda para si mesmos melhoram a QVRS.

Quanto a tempo de hemodiálise 63,33% realizaram hemodiálise por mais de 10 anos, os quais apresentaram mais sintomas de ansiedade 94,64% ($p < 0,001$) e depressão 83,33% ($p = 0,013$); aqueles que realizaram hemodiálise por até cinco anos, apresentaram melhor escore de qualidade de vida 76,05 ($p = 0,032$). De acordo com Soleymanian et al., (2017), o tempo de dialise pré transplante se correlaciona diretamente com o agravamento dos sintomas de ansiedade e depressão, com influência, inclusive, após o transplante renal, podendo comprometer a sobrevida do enxerto a longo prazo. Vários são os fatores que podem influenciar o tempo de dialise pré-transplante, como a espera em fila para o transplante renal, os níveis de ureia e creatinina e o preparo do receptor. Nosso estudo corrobora Otavianni et al. (2016), que encontrou escores de QV significativamente baixos em pacientes com sintomas de ansiedade e/ou depressivos em comparação com aqueles sem sintomas. Em contraste com nosso estudo, Shafipour et al. (2015), ao correlacionar os anos em diálise com ansiedade e depressão, e não obteve relação significativa.

Relacionado ao tempo de transplante 45,42% tinham até 5 anos de transplantação renal, aqueles que tinham entre 6 e 10 anos de transplante, apresentaram maior escore de qualidade de vida 74,62 ($p = 0,001$), enquanto os transplantados há mais de 10 anos apresentaram mais sintomas de ansiedade 60,71% e depressão 75%, ($p < 0,001$) em ambos. Sugere-se que essa alta prevalência de sintomas ansiedade tenha ocorrido possivelmente por receio da perda do enxerto e conseqüentemente retorno a hemodiálise e quanto aos sintomas depressivos, podem estar relacionados à dificuldade de adesão ao tratamento necessário após o transplante. Corroborando nosso estudo, Mota et al. (2019), ao avaliar a função sexual masculina encontrou que o tempo após um transplante de rim não foi associado a uma diferença no funcionamento sexual. Edey (2017), destacou que a disfunção sexual em homens recebe influência de condições clínicas prévias à transplante renal, como a idade, as comorbidades e o período de realização de hemodiálise e o tempo de transplante.

Quanto ao tipo de doador 51,25% receberam o órgão de doador falecido, os

receptores de doador vivo apresentaram maior escore do quociente sexual 67,18 ($p=0,011$); também apresentaram mais sintomas de ansiedade 62,5% ($p=0,019$) e depressão 75% ($p=0,001$). Ser receptor de doador vivo encontra-se relacionado com múltiplos benefícios, como menor tempo de espera para a realização do transplante e menor incidência de função retardada do enxerto, se comparada ao doador falecido (Friedewald; Reese, 2012; Matos et al., 2016). Segundo a ABTO (2018), o número TxR com órgãos de doadores vivos não tem aumentado ao longo dos anos, possivelmente em consequência do melhor desempenho do programa de doadores falecidos, e regulamentação mais restrita, permitindo apenas doação entre doadores vivos relacionados. Ressalta-se que embora sejam muitos os benefícios do doador vivo do ponto de vista do receptor, é desejável que o número de doadores falecidos aumente cada vez mais no transplante renal, a fim de minimizar a espera dos pacientes com DRCT na fila para a realização da cirurgia. Estudo multicêntrico realizado em Tehrân (Irã), encontrou que resultados pós TxR não foram diferentes entre os dois grupos de receptores ($p = 0,08$), entretanto o TxR de doador vivo foi associado a menor tempo de espera, melhor desfecho precoce, ansiedade e insônia ($p = 0,044$), enquanto os receptores de doadores falecidos apresentaram maior prevalência de função tardia do enxerto e mais sintomas de depressão ($p = 0,045$) (Basiri et al., 2020). Na realização do TxR é importante considerar o bem-estar não apenas do receptor, mas também do doador - uma pessoa que repentinamente se torna paciente, apesar da boa saúde anterior. A doação em vida é um ato altruísta, mas também uma decisão que pode colocar em risco a própria saúde. Um estudo de revisão sobre o conhecimento da QV, sintomas de ansiedade e depressão entre doadores e receptores de rim vivos, encontrou que o estado mental dos doadores é geralmente melhor do que o dos receptores, entretanto o aumento da qualidade de vida, a redução da ansiedade e da depressão ocorreram tanto em doadores quanto em receptores no período pós-transplante em relação ao tempo anterior à cirurgia (Pawlowski, 2020).

Neste estudo 38 receptores de TxR desenvolveram diabetes após o transplante (15,83%), sendo que 14 apresentaram ansiedade 25% ($p=0,032$); 47,50% apresentavam peso adequado para idade. Gentile et al. (2013), ao analisarem os fatores associados a uma pior qualidade de vida em uma amostra representativa de 1.061 receptores de TxR de 8 regiões da França, encontraram que comorbidades como IMC acima de 30, presença de diabetes, tempo de diálise e tabagismo reduziram

a qualidade de vida em quase todas as dimensões. Em nosso estudo não houve diferença na associação dessas variáveis com QV, função sexual, ansiedade e depressão. Exceto quando houve a presença de diabetes pós TxR, onde 25% apresentaram ansiedade.

Quanto a atividade física 46,25% realizavam alguma atividade física e apresentaram melhores escores na função sexual 77,6 ($p=0,029$) e qualidade de vida 74,93 ($p=0,001$); aqueles que não praticavam atividade física apresentaram sintomas de ansiedade 69,64% ($p=0,006$) e sintomas de depressão 83,33% ($p<0,001$). Os resultados deste estudo demonstram que manter um estilo de vida saudável parece ter impacto na função sexual. Gonçalves et al. (2019), ressalta que o exercício físico tem sido associado a níveis mais baixos de disfunção sexual e melhor qualidade de vida. Corroborando nosso estudo, Takahashi; Hu; Bostom (2018), em uma revisão de literatura sobre o nível de atividade física em receptores de TxR, encontraram que a inatividade física pode estar associada à redução da qualidade de vida, ao aumento da mortalidade e, intervenções como treinamento físico parecem ser seguras em receptores de transplante renal e estão associadas à melhora da qualidade de vida e da capacidade de exercício. As diretrizes atuais da Organização Mundial da Saúde recomendam um mínimo de 150 minutos de exercício aeróbico de intensidade moderada por semana ou 75 minutos de atividade aeróbica de intensidade vigorosa por semana em adultos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Para pacientes com DRC, KDIGO (2013) recomendam um programa de exercícios de pelo menos 30 minutos 5 vezes por semana; não há diretrizes específicas para receptores de TxR. Em nosso estudo sugere-se que as disparidades socioeconômicas incluindo níveis mais baixos de educação, renda, situação de trabalho e moradia tenham favorecido a inatividade física entre receptores TxR.

CONCLUSÃO

O transplante renal é considerado a melhor alternativa para a terapia de substituição renal, entretanto a qualidade de vida, a função sexual e os níveis de ansiedade e depressão dos pacientes transplantados são incomparáveis aos da população em geral. Disfunções sexuais são dominantes na população das pessoas transplantadas renais e os problemas a nível sexual têm repercussões nos diversos aspectos da vida do paciente, na qualidade de vida, bem-estar, autoestima e relações interpessoais. Nossos achados evidenciaram que a função sexual e a QV foram influenciadas negativamente por algumas características sociodemográficas e clínicas, que conseqüentemente podem causar aumento dos sintomas de ansiedade e depressão.

Sabendo-se que a função sexual exerce relação direta com a qualidade de vida dos receptores de transplantes, seria importante que os profissionais de saúde informassem aos receptores e seus parceiros sobre os possíveis efeitos do transplante renal e do tratamento na função sexual, utilizando-se de estratégias de enfrentamento que possibilitassem a autonomia, o autocuidado e o incentivo à adoção de estilos de vida mais adequados para favorecer a saúde sexual neste contexto.

Sugere-se que a equipe multiprofissional em saúde melhore a comunicação com os receptores de TxR sobre os aspectos referentes à função sexual, por meio da construção de protocolos institucionais com fluxos de encaminhamentos às equipes transdisciplinares especializadas na temática. Ressalta-se também a importância de triagem para ansiedade e depressão, visto que o tratamento adequado dessas comorbidades psiquiátricas prevalentes pode melhorar vários aspectos do bem-estar do paciente, incluindo qualidade de vida, sono, relações conjugais e função sexual. Dessa forma, a assistência em saúde a essa população seria melhorada e contemplaria aspectos pouco explorados na assistência e nas pesquisas atuais.

REFERÊNCIAS

ABARCA-DURÁN, X. et al. Sexuality in Kidney Transplant Recipients: A Qualitative Study. *Healthcare*, n.9, v.1432, p.1-12, 2021.

ABDO, C. H. N. Elaboração e validação do quociente sexual - versão masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem. *Revista Brasileira de Medicina*, v.63, n.1, p. 42-46, 2007.

ABDO, C. H. N. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagn. Tratamento*, v.14, n. 2, p.89-90, 2009.

ANTONUCCI, M. et al. Male sexual dysfunction in patients with chronic end-stage renal insufficiency and in renal transplant recipients. *Arco Ital Urol Androl.*, v.87, n.4, p.299–30, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado. Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro / junho – 2022. Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo: ABTO, 2022. Ano XXVIII, n.2.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. Registro Brasileiro de Transplantes. *Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado*. São Paulo: ABTO, 2018. Ano XXI, n. 4.

AL-NASHRI, F.; ALMUTARY, H. Impact of anxiety and depression on the quality of life of haemodialysis patients. *Journal of clinical nursing*, v.31, n.1, p.220–230, 2022.

AUGUSTINE, J. Kidney transplant: New opportunities and challenges. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, v.85, n.2, p.138–144, 2018.

BASIRI, A. et al. Living or deceased-donor kidney transplant: the role of psychosocioeconomic factors and outcomes associated with each type of transplant. *Int J Equity Health*, v.19, n.79, P.1-11, 2020.

CARDOSO, J. S.; CAVALCANTE, M. C. V.; MIRANDA, A. T. M. A reabilitação profissional como proposta de intervenção da terapia ocupacional no pós-transplante renal. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 24, n. 2, p.162-167, 2014.

CHILCOT, J. et al. Depression and kidney transplantation. *Transplantation*, v.97, n.7, p.717-721, 2014.

COLOMBO, D. M. DE Q. et al. Perfil de Pacientes Transplantados Renais Associado com Situação Previdenciária ou BPC e Trabalhista. *Brazilian Journal of Transplantation*, v.25, n.2, e0622, 2022. DOI:10.53855/bjt.v25i2.452_pt

COSTA, J. M.; NOGUEIRA, L. T. Association between work, income and quality of life of kidney transplant recipient the municipality of Teresina, PI, Brazil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v.36, n.3, p.332–338, 2014.

DE PASQUALE, C. et al. Psychological and Psychopathological Aspects of Kidney Transplantation: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, v.11, n.106, 2020. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.00106/full

DE SOUSA MATOS, F. S. et al. Transplante preemptivo em paciente com doença renal crônica assintomática – relato de caso. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*, v.11, n.1, p.30–33, 2016.

EDEY, M. M. Male Sexual Dysfunction and Chronic Kidney Disease. *Frontiers in Medicine*, v.4, p.1–10, 2017. DOI:10.3389/fmed.2017.00032

FLECK, MARCELO P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública [online]*, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FONTOURA, F. A. P. *A compreensão de vida de pacientes submetidos ao transplante renal: significados, vivências e qualidade de vida*. 117f. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2012.

FRIEDEWALD, J. J.; REESE, P. P. The kidney-first initiative: what is the current status of preemptive transplantation? *Advances in chronic kidney disease*, v.19, n.4, p.252–256, 2012.

GENTILE, S. et al. Factors associated with health-related quality of life in renal transplant recipients: results of a national survey in France. *Health and Quality of Life Outcomes*, v.11, n.88, p. 1-12, 2013.

GONÇALVES, P. R. C.; LOUREIRO, L. M.; FERNANDES, M. I. D. A função sexual da pessoa transplantada renal. *Revista de Enfermagem Referência*, v.4, n. 21, p. 47-57. 2019.

HULLEY, S. B. et al. *Delineando a pesquisa clínica*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

HWANG, Y.; KIM, M.; MIN, K. Factors associated with health-related quality of life in kidney transplant recipients in Korea. *PloS one*, v.16, n.3, e0247934, 2021. DOI:10.1371/journal.pone.0247934

IBGE. *Conheça o Brasil - população: educação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.

JORDAKIEVA, G. et al. Employment Status and Associations with Workability, Quality of Life and Mental Health after Kidney Transplantation in Austria. *International journal of environmental research and public health*, v. 17, n.1254., p. 1-13, 2020.

LEE, Y. J. et al. Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. *Int J Clin Pract.*, v.67, n.4, p.363-368, 2013.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES. CKD Work Group. KDIGO. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int (Suppl)*, v.3, p.1-150, 2013.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO). CKD Work Group. KDIGO. Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Management of Candidates for Kidney Transplantation. *Transplantation*, v. 104, n.4, p.11-103, 2020.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO). Transplant Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. *American Journal of Transplantation*, v.9, n. 3, p.1-155, 2009.

KNIHS, N. DA S. et al. A vivência de pacientes que necessitam de transplante renal na espera por um órgão compatível. *Revista Texto e Contexto – Enfermagem*, v. 22, n. 4, p. 1160-1168, 2013.

KURTULUS, F. O.; SALMAN, M. Y.; FAZLIOGLU, A. Effects of Renal Transplantation on Female Sexual Dysfunction: Comparative Study With Hemodialysis and a Control Group. *Transplantation Proceedings*, v.49, n.9, p. 2099–2104, 2017.

MOTA, L. S.; OLIVEIRA, C. M. C.; PINHEIRO JUNIOR, F. M. L. Comparative study between kidney transplantation with deceased donor expanded criteria and donor standard criteria in a single center in Brazil. *Braz. J. Nephrol.*, v.38, n.3, p.334-343, 2016.

MOTA, R. L.; FONSECA, R.; SANTOS, J. C. et al. Sexual Dysfunction and Satisfaction in Kidney Transplant Patients. *The Journal of Sexual Medicine*, v.16, n.7, p.1018–1028, 2019.

MOUELHI, Y. et al. Factors associated with Health-Related Quality of Life in Kidney Transplant Recipients in France. *BMC Nephrology*, v.19, n.1, p. 99, 2018.

OTTAVIANI, A. C. et al. Association between anxiety and depression and quality of life of chronic renal patients on hemodialysis. *Revista Texto e Contexto - Enfermagem [online]*, v. 25, n. 3, e00650015, 2016.

PAWŁOWSKI, M. et al. Quality of life, depression and anxiety in living donor kidney transplantation. *Transplantation reviews (Orlando, Fla.)*, v. 34, n.4, e100572, 2020. DOI:10.1016/j.trre.2020.100572

PEREIRA, N. C. S.; CARDOSO, J. S. O retorno do paciente renal crônico às atividades produtivas após o transplante renal. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.28, n.2, p.221-229, 2017.

RUDNICKI, T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. *Contextos Clínicos*, v.7, n.1, p.105-116, 2014.

SHAFIPOUR, V.; ALHANI, F.; KAZEMNEJAD, A. A survey of the quality of life in patients undergoing hemodialysis and its association with depression, anxiety, and stress. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, v.2, n.2, p.29-35, 2015.

SILVA, M. R. et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise: Uma revisão integrativa. *Brazilian Journals Publicações de Periódicos*, v. 3, n. 4, p. 9344-9374, 2020.

SOLEYMANIAN, T. et al. Clinical outcomes and quality of life in hemodialysis diabetic patients versus non-diabetics. *Journal of Nephropathology*, v.6, n.2, p. 81–89, 2017.

STASIAK, C. E. S. et al. Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia [online]*, v. 36, n. 3, p. 325-331, 2014.

STEVENS, P. E.; LEVIN, A.; KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES Chronic Kidney Disease Guideline Development Work Group Members. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. *Annals of internal medicine*, v.158, n.11,p. 825-830, 2013.

TAKAHASHI, A.; HU, S. L.; BOSTOM, A. Physical Activity in Kidney Transplant Recipients: A Review. *Sou J Rim Dis.*, v. 72, n.3, p.433–443, 2018.

TAMINATO, M. et al. Prevalence of infection in kidney transplantation from living versus deceased donor: systematic review and meta-analysis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]*, v. 49, n.3, p. 502-507, 2015.

TAN, H. M.; TONG, S. F.; HO, C. C. K. Men's Health: Sexual Dysfunction, Physical, and Psychological Health-Is There a Link? *The Journal of Sexual Medicine*, v.9, n.3, p.663–671, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: World Health Organization; 2006

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Geneva: World Health Organization; 2010.

ZIGMOND, A. S., SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, v.67, p.361-370, 1983.

4 DISCUSSÃO

O transplante renal é considerado a forma mais eficaz de terapia renal substitutiva (TRS) por proporcionar um aumento na sobrevivência do paciente a longo prazo e melhor qualidade de vida se comparado às outras formas de TRS (DE SOUSA MATOS et al., 2016).

A qualidade de vida dos indivíduos pode ser influenciada por diversos fatores, dentre eles a satisfação sexual, considerado um estado de bem estar global relacionado à sexualidade. Também a qualidade sexual está modernamente associada à qualidade de vida (TAN; TONG; HO, 2012).

O conceito abrangente de qualidade de vida é também integrado pela função sexual e reprodutiva saudáveis, as quais se encontram frequentemente comprometidas nos pacientes com DRC (PERTUZA et al., 2014). Estudos mostram que fatores socioeconômicos, demográficos e clínicos exercem impacto considerável sobre a QV (ALVARES, 2013).

Os pacientes que realizam a TRS estão mais sujeitos à diminuição da sua qualidade de vida em relação à população em geral e a maior prevalência de transtornos de humor. Nesses pacientes a relação entre qualidade de vida é inversamente proporcional à prevalência de ansiedade e depressão (STASIAK et al., 2014).

Um transplante bem-sucedido melhora o rim, o metabolismo, as funções endócrinas e mentais, além da qualidade de vida de desses pacientes, entretanto após o transplante podem surgir distúrbios psicológicos como mudanças no humor, transtornos de ansiedade, depressão e alterações psicológicas e psicossociais que acarretam uma piora na qualidade de vida do paciente transplantado (ALENCAR et al. 2015; OZCANA et al., 2015).

Assim, a presente tese teve como objetivos:

- a) correlacionar função sexual, QV e sintomas de ansiedade e depressão em receptores de transplantes renais; e
- b) associar aspectos sociodemográficos e clínicos com função sexual, QV e sintomas de ansiedade e depressão aos em receptores de TxR.

Este capítulo discute os resultados dos estudos oriundos da pesquisa.

4.1 Resultados obtidos pelo primeiro estudo original

Os principais resultados do primeiro estudo encontraram escores de sintomas de ansiedade e depressão mais elevadas em transplantados renais do gênero feminino. Também verificou-se que os participantes com companheiro apresentaram mais sintomas de ansiedade. Semelhante a este achado, um estudo realizado em Hannover Medical School, com 56 receptores de transplante renal e seus parceiros, para investigar o enfrentamento cotidiano individual e do casal, encontrou que na maioria das vezes os cônjuges são cuidadores de seus parceiros com doenças crônicas, o que pode gerar angústia, sobretudo no parceiro (cuidador), resultando em altos níveis de estresse para ambos (TKACHENKO et al., 2019)

Tkachenko et al. (2019), revelam que consequências emocionais e físicas geram sentimentos de inutilidade no cônjuge transplantado, acarretando prejuízos em seu cotidiano. Além disso, sintomas de ansiedade e depressão podem impactar negativamente o relacionamento, o que requer apoio social, especialmente do cônjuge do receptor de enxerto, favorecendo o enfrentamento das situações que geram estresse. Srifuengfung et al (2017), destacam que o transplante renal resulta em altos níveis de estresse tanto para o paciente quanto para o cônjuge, sendo considerado um desafio para o relacionamento, desse modo os parceiros em um relacionamento devem ser vistos como um todo interdependente, no qual um influencia o outro.

Ndemera e Bhengu (2017), ao investigarem fatores que contribuíram para a perda de aloenxertos renais e consequências associadas, também encontraram que a falta de apoio do cônjuge foi associada à depressão, e como consequência a diminuição da sobrevida após o transplante. Desse modo pode-se inferir que o sucesso do transplante renal está associado a adesão ao tratamento e maior sobrevivência com melhores resultados, o que depende, em parte, da estabilidade do casal, para auxiliar o paciente na gestão das necessidades da doença renal crônica e subsequente transplante.

Neste estudo foi constatado maior frequência de sintomas de ansiedade e depressão em sedentários, o que corrobora um estudo que avaliou comportamentos relacionados à saúde e ao sofrimento psicológico em 116 transplantados renais e encontraram uma diminuição significativa do estilo de vida sedentário entre o primeiro e o sexto mês após o transplante. Estes mesmos autores concluíram que fatores

psicológicos podem influenciar alguns domínios da qualidade de vida, pós-transplante, com afetação pelas comorbidades psiquiátricas, podendo apresentar sintomas de ansiedade e depressão, enfatizam ainda a necessidade de um modelo de assistência centrado no paciente, com protagonismo nas decisões de saúde e na manutenção do estilo de vida saudável, no intuito de minimizar o sofrimento emocional após transplante renal (COSTA-REQUENA et al., 2017).

Ao associar a HADS a tipo de doador, encontrou-se que os receptores de doadores vivos apresentaram mais sintomas de ansiedade, divergindo de um estudo realizado com 217 transplantados renais que encontraram mais sintomas de depressão em pacientes que receberam enxerto de doadores falecido (CZYŻEWSKI et al., 2018). Esse mesmo estudo evidenciou que 5,7 anos após o transplante, 12,9% dos receptores apresentaram depressão associada a comorbidades físicas mais graves e mais comum nos que receberam rins de doadores falecidos.

No presente estudo observou-se que os transplantados renais há mais de 10 anos apresentam mais sintomas de depressão e ansiedade, possivelmente por receio da perda do enxerto e conseqüentemente retorno a hemodiálise. Esse achado corrobora com o estudo realizado na Varsóvia com 118 pacientes, cujas severidade dos sintomas de ansiedade e depressão, foi se elevando ao longo do tempo desde a realização do transplante. Também destacaram que a presença de sintomas depressivos pode estar relacionada à dificuldade de adesão ao tratamento necessário após o transplante (Evangelista et al., 2018). Do mesmo modo, um estudo realizado na Espanha com 116 transplantados renais que analisou comportamentos relacionados à saúde e sofrimento psíquico, evidenciou que a presença de sintomas de ansiedade e depressão aumentou um ano após o transplante, em 16% dos pacientes (COSTA-REQUENA et al., 2017).

Suzuki et al. (2019) em estudo com 109 participantes, concluiu que o risco para depressão após o transplante diminui com o passar dos anos: em 2 anos tem-se queda de 23,5%; de 2 a 5 anos, 15%; de 5 a 10 anos, 14,3%; em 10 anos ou mais, 6,98%. Diante destes dados, considera-se a importância de esclarecer o paciente sobre transplante renal, tirando suas dúvidas e informando-lhes que se trata de um tratamento substitutivo cujo objetivo é possibilitar melhor qualidade de vida, com melhoria nos aspectos social, emocional e psíquico, não representando cura.

4.2 Resultados obtidos pelo segundo estudo original

Os resultados do segundo estudo revelaram que ao associar padrão de desempenho sexual e gênero neste estudo, o gênero masculino apresentou melhor padrão de desempenho sexual, apontando como bom a excelente e padrão de desempenho sexual feminino como nulo a ruim. Diferente do nosso resultado, Coelho-Gonçalves et al. (2019), em pesquisa com 110 pessoas transplantadas, sendo 79 do gênero masculino e 31 do gênero feminino, encontraram 94,9% de disfunção sexual nos indivíduos do gênero masculino. No gênero feminino observaram uma relação igualmente negativa. No presente estudo, percebeu-se que os homens apresentam maior tendência não falar sobre problemas sexuais.

Macedo e Teixeira (2016), destacam que assuntos de ordem sexual trazem grande ansiedade para os dois gêneros. Para os homens põem em ameaça sua masculinidade, já para as mulheres deparam-se com possibilidade de infertilidade, alterações no ciclo menstrual, irregularidades na duração do ciclo ou abundância no fluxo, ausência de ovulação e em caso de gravidez há elevado risco de aborto.

Um estudo com 58 pacientes em que analisou a associação entre os diagnósticos de enfermagem, os fatores relacionados e as características definidoras presentes em pacientes transplantados, apontou disfunção sexual e padrão de sexualidade ineficazes como diagnósticos prevalentes nessa população (LIRA; LOPES, 2010).

Cabral et al. (2015), em sua pesquisa, verificaram melhoria na função sexual após a realização de transplante de rim, principalmente em mulheres mais jovens e com bom funcionamento de enxerto. Também destacaram que pacientes receptores de doadores vivos tendem a apresentar melhor função sexual do que aqueles pacientes que recebem órgãos de doadores falecidos.

Alguns autores enfatizam que pouca atenção é dada a função sexual feminina e discussões acerca dessa temática ainda continuam sendo uma barreira significativa para pesquisa clínica e menos tratamentos são disponibilizados. Fazendo uma comparação com o que se discute acerca da função sexual do homem, o comportamento sexual da mulher é pouco abordado (BRASIL; ABDO, 2016; CABRAL et al, 2015).

Neste estudo, ao relacionar função sexual à idade constatou-se que pacientes

na faixa etária entre 30 a 59 anos, apresentaram melhor padrão de desempenho sexual. Um resultado contrário foi encontrado em investigação com 78 pacientes, onde a prevalência de disfunção erétil foi superior para os transplantados com idade inferior a 45 anos (MIRONE et al., 2009), enquanto em nosso estudo os transplantados com idades entre 30 e 59 anos apresentaram melhor desempenho sexual.

Semelhante aos nossos resultados, Gonçalves et al., (2019), ao relacionarem idade e função sexual entre os gêneros, constataram correlações negativas, como diminuição do desejo sexual, função erétil e satisfação geral nos homens à medida que a idade avança, e nas mulheres foi evidenciado diminuição da lubrificação, do desejo/excitação, do orgasmo, da satisfação e agravamento da dor à medida que envelhecem, evidenciando que à medida que a idade avança o funcionamento sexual da pessoa transplantada renal diminui.

Várias pesquisas apontam que os problemas com a função sexual são dominantes na população das pessoas transplantadas renais e os problemas a nível sexual têm repercussões nos diversos aspectos da vida do paciente, na qualidade de vida, bem-estar, autoestima e relações interpessoais (COELHO-GONÇALVES et al., 2019; FILOCAMO et al., 2009; ANTONUCCI et al., 2016).

Marques e Freitas (2018), destacam a possibilidade de que em algum momento o transplantado renal apresente um padrão de sexualidade ineficaz ou disfunção sexual, sugerindo que esse paciente deva ser acompanhado pela equipe de enfermagem, para que intervenções adequadas sejam realizadas, uma vez que, tal equipe tem desempenhado um papel importante, com intervenções relevantes constituindo assim um pilar essencial para o paciente transplantado renal, visto que atua de forma mais próxima a ele, observa seus problemas e dificuldades, analisando-os para a elaboração da melhor solução para superá-los.

4.3 Resultados obtidos pelo terceiro estudo original

Os resultados do terceiro estudo encontraram correlações negativas na associação entre os domínios da QV, ansiedade e depressão, corroborando o estudo de Lee et al. (2015), que confirmaram a existência dessas mesmas correlações, entretanto nesse estudo os domínios psicológico e relacionamento social foram os

mais afetados pela depressão e ansiedade. Este estudo vai ao encontro dos achados de Al-Nashri e Almutary (2021), que ao avaliarem o impacto da ansiedade e da depressão na QV de pacientes em hemodiálise, também identificaram correlações negativas entre ansiedade e QV ($r = -0,599$, $p < 0.001$) e entre depressão e QV ($r = -0,599$, $p < 0,001$).

Verificou-se que a função sexual foi influenciada pelo gênero, idade, estado civil, escolaridade, situação de trabalho, tipo de doador, atividade física e ansiedade. A disfunção sexual estava presente entre participantes do gênero feminino, sem companheiro fixo, com 60 anos ou mais, entre aposentados ou que recebiam benefícios do governo, desempregados, receptores de doadores falecidos, não praticantes de atividade física e presença de ansiedade.

Dentre os fatores que influenciaram negativamente a QV encontraram-se gênero feminino, idade ≥ 60 anos, ter até 9 anos de estudo, renda mensal menor que 1 salário, tempo de hemodiálise acima de 10 anos, ser transplantado renal há mais de 10 anos, não praticar atividade física, presença de ansiedade e depressão. Este estudo também indica que fatores como idade, gênero, estado civil, e escolaridade estão associados a maiores níveis de ansiedade e depressão e, conseqüentemente a uma pior QV, resultados que são consistentes com os achados do estudo de Al-Nashri e Almutary (2021), que também encontraram o escore total de QV tipicamente maior em pacientes mais jovens do que naqueles com mais de 60 anos de idade, com níveis educacionais mais elevados, os que conhecem seus problemas de saúde, seguem planos de tratamento e realizam regimes nutricionais.

A melhora da QV dos receptores de TxR apresentada neste estudo deve estar relacionada à redução de fatores estressores como, por exemplo, interrupção do tratamento dialítico e interferência deste na vida diária, facilitação da vida profissional pela possibilidade mais ampla de empregos e melhora do apoio social e relações sociais. Nossos resultados são equivalentes aos achados de estudo realizado em um centro de referência para transplante renal no nordeste do Brasil, que objetivou identificar as mudanças na QV após TxR, cujos resultados indicaram que o transplante teve impacto positivo na percepção de qualidade de vida desses pacientes (MENDONÇA et al, 2014).

Ao associar função sexual, qualidade de vida, sintomas de ansiedade e depressão em receptores de TxR, aos aspectos sociodemográficos e clínicos, encontrou-se 117 receptores de TxR do gênero masculino (48,75%) e 123 do gênero

feminino (51,25%), observou-se que os homens apresentaram maiores escores no quociente sexual 65,27, demonstrando melhor padrão de desempenho sexual ($p < 0,001$), também apresentaram melhores escores de QV 74,29 ($p = 0,001$), dados que foram de grande relevância para um menor nível de sintomas ansiosos e depressivos; houve maior prevalência de mulheres TxR, observando-se correlações clinicamente relevantes entre a função sexual, QV, sintomas ansiosos e depressivos, onde o escore do quociente sexual (54,27), demonstrou a presença de disfunção sexual nas mulheres ($p < 0,001$), associada a pior escore de QV 60,38 ($p = 0,001$) e sintomas de ansiedade 31,71% ($p = 0,002$) e depressão 26,83% ($p < 0,001$). Em estudo que analisou as experiências e perspectivas de receptores de TxR em relação à sua função sexual, encontrou que o transplante renal pode ter um impacto positivo na função sexual de homens e mulheres (ABARCA-DURÁN et al. 2021).

De acordo com WHO (2006), esse impacto positivo na função sexual pode ocorrer devido à correção de desequilíbrios metabólicos e endócrinos, à normalização dos perfis hormonais e à melhora do estado psicológico. Em contraste ao nosso estudo, Mota et al. (2019) relatam que estudos epidemiológicos realizados na população portuguesa identificaram disfunção entre 21 e 24% da população masculina, do mesmo modo, Kurtulus et al. (2017), foram conclusivos quanto à melhor função sexual feminina após o transplante renal. Em nosso estudo as mulheres apresentaram disfunção sexual ($p < 0,001$), situação que poderia ser justificada devido apresentarem ansiedade e depressão, considerados estados psicológicos relacionados a uma diminuição da função sexual. Embora os participantes do gênero masculino tenham apresentado uma melhora no funcionamento sexual, a disfunção sexual é um problema frequente entre os receptores de transplante renal.

A KDIGO (2009), menciona que problemas com a função sexual são comuns após o transplante renal, mas a prevalência relatada varia, sendo estimados na faixa de 45 a 50%. Evidencia ainda que existem poucos estudos focados nesta questão para as mulheres. Para os homens, a disfunção erétil pode afetar a qualidade de vida e estar associada com ansiedade, depressão e perda de autoestima. Após o transplante, a disfunção erétil pode melhorar, especialmente para os homens mais jovens. No entanto, para outros, o problema pode não mudar ou até piorar, aventando a possibilidade de que a cirurgia de transplante possa contribuir para a disfunção erétil.

Destaca-se que a presença de sintomas de ansiedade e depressão tiveram um efeito adverso significativo na QV e na função sexual dos receptores de TxR, onde

pacientes com sintomas ansiosos ou depressivos apresentaram níveis significativamente mais baixos de QV e pior função sexual em comparação com aqueles sem esses sintomas. Estes resultados que vão ao encontro de um estudo que identificou que a ansiedade e a depressão contribuíram para uma maior morbidade entre os transplantados renais, uma má qualidade de vida, uma pobre relação conjugal, pior função sexual e qualidade do sono ruim (GONÇALVES; LOUREIRO; FERNANDES, 2019).

CONCLUSÕES

Os transplantados renais não apresentam melhorias significativas em sua QV após o transplante, visto que continuam necessitando de cuidados continuados. Além disso, fatores sociodemográficos, clínicos e questões relacionadas à função sexual, ansiedade e depressão exercem impacto negativo sobre a QV

A abordagem de assuntos de ordem sexual trouxe um certo desconforto para transplantados renais de ambos os gêneros. De início percebeu-se que o gênero masculino apresentava maior tendência a não falar sobre problemas sexuais, porém apresentou melhor padrão de desempenho sexual, apontando como bom e excelente. O gênero feminino, apresentou desempenho sexual nulo a ruim, embora o transplante renal cause efeitos positivos na função sexual e no estado menstrual e hormonal da mulher.

Melhor desempenho sexual foi encontrado nos transplantados renais com idade entre 30 e 59 anos, receptores de doadores vivos; que realizaram menos de 10 anos de hemodiálise e os transplantados há mais de 10 anos.

A presença de sintomas de ansiedade e depressão foram mais prevalentes no gênero feminino, principalmente nas participantes com companheiro fixo, entre os que não realizavam atividade física, receptores de doadores vivos, transplantados há mais de 10 anos.

É necessário que a equipe multidisciplinar em saúde enfatize ao paciente que o transplante renal não representa a cura, que é um tratamento substitutivo que possibilita uma melhor qualidade de vida, e que a adesão ao tratamento é indispensável para o sucesso dos resultados e melhoria dos aspectos social, emocional, psíquico. Propõe-se que seja ofertada maior atenção à função sexual desses pacientes, esclarecendo que embora o transplante melhore a saúde sexual, a ocorrência da disfunção sexual é comum nessa população com repercussões nos diversos aspectos: seja na qualidade de vida, no bem-estar, na autoestima e nas relações interpessoais.

Por fim, sugere-se que os profissionais da equipe de transplante estejam atentos a sinais sugestivos de distúrbios de natureza mental e comportamental como parte essencial no transplante renal, para implementação do cuidado integral e humanizado prevenindo muitas das intercorrências. Além disso, é necessário que

haja, não somente conhecimento científico e habilidade técnica do profissional, mas também empatia para agir diante das diferentes situações, para que o paciente possa reconstruir suas próprias percepções e representações, componentes fundamentais para adquirir confiança no novo percurso da vida.

REFERÊNCIAS

- ABARCA-DURÁN, X. et al. Sexuality in Kidney Transplant Recipients: A Qualitative Study. *Healthcare*, v.9, n.11, p.1-12, 2021.
- ABDO, C. H. N. The male sexual quotient: a brief, self-administered questionnaire to assess male sexual satisfaction. *The Journal Sexual Medicine*, v.4, n.2, p.382-9, 2007.
- ABDO, C. H. N. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliara atividade sexual da mulher. *Revista Diagnóstico e Tratamento*, v.14, n.2, p. 89-90, 2009.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. *Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado. Registro Brasileiro de Transplantes*. São Paulo: ABTO, 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. . *Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado. Registro Brasileiro de Transplantes* São Paulo: ABTO, 2019.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. *Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado. Registro Brasileiro de Transplantes*. São Paulo: ABTO, 2020.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. *Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado. Registro Brasileiro de Transplantes*. São Paulo: ABTO, 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. *Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado. Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro / junho – 2022*. Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo: ABTO, 2022.
- AL-NASHRI, F.; ALMUTARY, H. Impact of anxiety and depression on the quality of life of haemodialysis patients. *Journal of Clinical Nursing*, v.31, n.1, p.220–230, 2022.
- ALENCAR, E. O. et al. Estresse e ansiedade em transplante renal. *Revista Saúde e Ciência on line*, v.4, n.2, p.61-82, 2015.
- ALVARES, J. et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva [online]*, v. 18, n. 7, p. 1903-1910, 2013.
- ALNASRALLAH, B. et al. Transplantation and diabetes (Transdiab): a pilot randomised controlled trial of metformin in impaired glucose tolerance after kidney transplantation. *BMC Nephrology*, v.20, n.1, p.147, 2019.

ANTONUCCI, M. et al. Male sexual dysfunction in patients with chronic end-stage renal insufficiency and in renal transplant recipients. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*, v.87, n.4, p.299-305, 2016.

AUGUSTINE J. Kidney transplant: New opportunities and challenges. *Cleveland Clinic Journal Medicine*, v.85, n.2, p.138-144, 2018.

BASIRI, A. et al. Living or deceased-donor kidney transplant: the role of psychosocioeconomic factors and outcomes associated with each type of transplant. *International Journal Equity Health*, v.19, n.79, p. 1-11, 2020.

BOTEGA, NEURY J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública [online]*, v. 29, n. 5, p. 359-363, 1995.

BRASIL, A. P. V.; ABDO, C. H. N. Transtornos sexuais dolorosos femininos. *Revista Diagnóstico Tratamento*, v.2, n.21, p.89-92, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRAVIN, A. M. et al. Influência da espiritualidade sobre a função renal em pacientes transplantados renais. *Acta Paulista de Enfermagem [online]*, v. 30, n. 5, p. 504-511, 2017.

BRITO, D. C. S. et al. Depression and anxiety among patients undergoing dialysis and kidney transplantation: a cross-sectional study. *São Paulo Medical Journal [online]*, v. 137, n. 2, p. 137-147, 2019.

CANDIDO, C. et al. Pregnancy after kidney transplantation: high rates of maternal complications. *Jornal Brasileiro de Nefrologia [online]*, 2016, v. 38, n. 4, p. 421-426, 2016.

CABRAL J. F. et al. Female sexual function and depression after kidney transplantation: comparison between deceased- and living-donor recipients. *Transplantation Proceedings*, v.47, n.4, p.989-991, 2015.

CARDOSO, J. S.; CAVALCANTE, M. C. V.; MIRANDA, A. T. M. de. A reabilitação profissional como proposta de intervenção da terapia ocupacional no pós-transplante renal. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 24, n. 2, p. 162-167, 2014.

CHILCOT, J. et al. Depression and kidney transplantation. *Transplantation*, v.97, n.7, p. 717–721, 2014.

COELHO-GONÇALVES P. R.; LOUREIRO, L. M. et al. Sexual function of kidney transplant recipients. *Revista Enfermagem Referência*, v.4, n.21, p.47-56, 2019.

COLOMBO, D. M. DE Q. et al. Perfil de Pacientes Transplantados Renais Associado com Situação Previdenciária ou BPC e Trabalhista. *Brazilian Journal of Transplantation*, v.25, n.2, 2022. Disponível em: <https://bjt.emnuvens.com.br/revista/article/view/452>. Acesso em: 10 dez . 2022.

COSTA, J. M.; NOGUEIRA, L. T. Association between work, income and quality of life of kidney transplant recipient the municipality of Teresina, PI, Brazil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v.36, n.3, p.332–338, 2014.

COSTA-REQUENA, G. et al. Health-related behaviours after 1 year of renal transplantation. *Journal of Health Psychology*, v.22, n.4, p.505-514, 2017.

COUTO, K. G. et al. Prevalência de casos de Insuficiência Renal Crônica (IRC) atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência de Rio Verde, Goiás. *Salusvita*, v. 36, n. 1, p. 47-54, 2017.

CRAIG, J. A. et al. Piloting a Coping Skills Group Intervention to Reduce Depression and Anxiety Symptoms in Patients Awaiting Kidney or Liver Transplant. *Health and Social Work*, v.42, n.1, e44-e52, 2017.

CRESTANI, F.; VALMIR J. R.; RODRIGO A. C. Progressão da doença renal crônica: experiência ambulatorial em Santarém - Pará. *Brazilian Journal of Nephrology* [online], v. 35, n. 2, p. 99-106, 2013.

CZYŻEWSKI, Ł. et al. Evaluation of Quality of Life and Severity of Depression, Anxiety, and Stress in Patients After Kidney Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 2018 v.50, n.6, p.1733-1737, 2018.

DE PASQUALE, C. et al. Psychological and Psychopathological Aspects of Kidney Transplantation: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, v.11, n.106, 2020. DOI:10.3389/fpsy.2020.00106

DE SOUSA MATOS, F. S. et al. Transplante preemptivo em paciente com doença renal crônica assintomática: relato de caso. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*, v. 11, n. 1, p. 30–33, 2016.

DRAIBE, S. A. et al. *Panorama da Doença Renal Crônica no Brasil e no mundo*. Módulo 3 - Análise epidemiológica da doença renal. São Luís: UNASUS/UFMA, 2014.

EDEY, M. M. Male Sexual Dysfunction and Chronic Kidney Disease. *Frontiers in Medicine*, v.4, n.32, p.1–10, 2017.

EVANGELISTA, F. V. P. et al. Characterization and clinical evolution of transplanted patients of a high complexity postoperative unit. *Revista Enfermagem UFPI*, v. 7, n. 1, p.4-9, 2020.

FARAHZADI, M. Depression; Let's talk. *Journal of Community Health Research*, v.6, n.2, p.74-76, 2017.

FILOCAMO, M. T. et al. Sexual dysfunction in women during dialysis and after renal

transplantation. *The Journal Sexual Medicine*, v.6, n.11, p.3125-3131, 2009.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FLEURY, H. J.; ABDO, C. H. N. Tratamento psicoterápico para disfunção sexual feminina. *Revista Diagnóstico e Tratamento*, v. 17, n. 3, p.133-137, 2012.

FONTOURA, F. A. P. *A compreensão de vida de pacientes submetidos ao transplante renal: significados, vivências e qualidade de vida*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2012.

FRIEDEWALD, J. J; REESE, P. P. The kidney-first initiative: what is the current status of preemptive transplantation? *Advances in Chronic Kidney Disease*, v.19, n.4, p.252-256, 2012.

FRIEDLI, K. et al. Sertraline Versus Placebo in Patients with Major Depressive Disorder Undergoing Hemodialysis: A Randomized, Controlled Feasibility Trial. *Clin J Am Soc Nephrol.*, v.12, n.2, p.280-286, 2017.

GARCIA, V. D et al. *Manual de Doação e Transplantes: Informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplante*. Porto Alegre: Libretos, 2017. 220p.

GENTILE, S. et al. Factors associated with health-related quality of life in renal transplant recipients: results of a national survey in France. *Health and Quality of Life Outcomes*, v.11, n.88, p. 2013.

GONÇALVES, P. R. C.; LOUREIRO, L. M.; FERNANDES, M. I. D. A função sexual da pessoa transplantada renal. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 21, p. 47-57, 2019. DOI 10.12707/RIV19009

HIGUCHI, C.; KURIYAMA, J.; SAKURA, H. Effect of lactate as a peritoneal dialysis fluid buffer on rat peritoneal mesothelial cells. *Renal Replacement Therapy*, v. 6, n.61, p.1-8, 2020.

HULLEY, S. B. et al. *Delineando a pesquisa clínica*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

HWANG, Y.; KIM, M.; MIN, K. Factors associated with health-related quality of life in kidney transplant recipients in Korea. *PloS one*, v.16, n.3, e0247934, 2021. DOI:10.1371/journal.pone.0247934

IBGE. *Conheça o Brasil - população: educação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 .

JANMAAT, C. J. et al. EQUAL Study Investigators. Kidney function and symptom development over time in elderly patients with advanced chronic kidney disease: results of the EQUAL cohort study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, v.36, n.5, p.862-870, 2021.

JORDAKIEVA, G. et al. Employment Status and Associations with Workability, Quality of Life and Mental Health after Kidney Transplantation in Austria. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v.17, n.4, p. 1-13, 2020.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO). Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Management of Candidates for Kidney Transplantation. *Transplantation*, v.104, n.4, p.11-103, 2020.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO). CKD Work Group. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*, v.3, p.1-150, 2013.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO). Transplant Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. *American journal of transplantation*, v.9, S1–S155, 2009. Suplemento 3. <https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2009.02834.x>

KE, C. et al. Burden of chronic kidney disease and its risk-attributable burden in 137 low-and middle-income countries, 1990–2019: results from the global burden of disease study 2019. *BMC Nephrology*, v.23, n.17, 2022. DOI:10.1186/s12882-021-02597-3

KIM, K. M. et al. Impact of chronic kidney disease on mortality: A nationwide cohort study. *Kidney Research and Clinical Practice*, v.38, n.3, p.382-390, 2019.

KNIHS, N. S. et al. A vivência de pacientes que necessitam de transplante renal na espera por um órgão compatível. *Texto e Contexto - Enfermagem [online]*, v.22, n.4 p.1160-1168, 2013.

KOCSIS, R. N. Book Review: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition (DSM-5). *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, v.57, n.12, p.1546–1548, 2013.

KURTULUS, F. O. et al. Effects of Renal Transplantation on Female Sexual Dysfunction: Comparative Study With Hemodialysis and a Control Group. *Transplantation Proceedings*, v.49, n.9, p.2099–2104, 2017.

LEE, Y. J et al. Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. *The International Journal of Clinical Practice*, v.67, n.4, p.363-368, 2013.

LEVIN, A.; STEVENS, P. E. Summary of KDIGO CKD Guideline: behind the scenes, need for guidance, and a framework for moving forward. *Kidney Int.*, v.85, n.1, p.49-61, 2014.

LIRA, A. L. B. C; LOPES, M. V. O. Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 31, n.1, p. 108-114, 2010.

MACEDO, L. DE O. S.; TEIXEIRA, M. DAS G. F. D. Alterações vivenciadas na doença renal crônica: impacto na percepção da autoimagem e sexualidade. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, v. 9, n. 5, p. 165–177, 2016.

MACIEL, O. C. et al. A importância do médico de atenção primária no rastreamento e diagnóstico precoce da doença renal crônica. *Revista Ciência e Saúde*, v.9, n.2, p.4-8, 2019.

MAGRO, J. T.J; MENDES, K. D. S; GALÃO, C. M. Sexual aspects of liver transplant candidates and recipients: evidence available in the literature. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.26, e3033, 2018. DOI: 10.1590/1518-8345.2744.3033

MARINHO, A. W. G. B. et al. Prevalence of chronic renal disease among Brazilian adults: a systematic review. *Cadernos Saúde Coletiva*, v.25, n.3, p.379-388, 2017.

MARQUES, T. M. et al Qualidade de vida em pacientes submetidos a transplante renal. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 3, n. 3, p. 119, 2017.

MARQUES, R. V. S.; FREITAS, V. L. Importância da assistência de enfermagem no cuidado ao paciente transplantado renal. *Revista de Enfermagem UFPE*, v.12, n.12, p.3436-3444, 2018.

MENDES, K. D. S.; ALMEIDA, M. C. P. Sexualidade e transplante de órgãos. *Revista Brasileira de Medicina*, v.70, p.27-32, 2013.

MENDONÇA, A. E. O. et al. Mudanças na qualidade de vida após transplante renal e fatores relacionados. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 27, n. 3, p. 287-292, 2014.

MIRONE, V. et al. Renal transplantation does not improve erectile function in hemodialysed patients. *European Urology*,v.56, n.6, p.1047-53, 2009.

MOREIRA, J. M. et al. Neuropsychiatric disorders and renal diseases: an update. *Brazilian Journal of Nephrology*, v.36, n.3, p.396-400, 2014.

MOTA, L. S. et al. Comparative study between kidney transplantation with deceased donor expanded criteria and donor standard criteria in a single center in Brazil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v.38, n.3, p.334-343, 2016.

MOTA, R. *Disfunção Sexual Masculina após Transplantação Renal: Influência do Tempo Pós-Transplantação Renal e do Impacto da Imagem Corporal na Satisfação Sexual Pós-Transplantação*. 2017. 118 f. Dissertação (Medicina Sexual no Curso de Mestrado Transdisciplinar de Sexologia) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2017.

MOTA, R. L. et al. Sexual Dysfunction and Satisfaction in Kidney Transplant Patients. *The Journal of Sexual Medicine*, v.16, n.71018–1028, 2019.

MOUELHI, Y. et al. Factors associated with Health-Related Quality of Life in Kidney Transplant Recipients in France. *BMC nephrology*, v.19, n.1, p.1-12, 2018.

MOURA, A F. et al. Preemptive kidney transplantation: why, when, and how? *Brazilian Journal of Nephrology*, p.1-8, 2022. DOI: 10.1590/2175-8239-jbn-2022-0085en

NDEMERA, H.; BHENGU, B. Factors Contributing to Kidney Allograft Loss and Associated Consequences among Post Kidney Transplantation Patients. *Journal of the Health Sciences Institute*, v.11, n.3, p.1-11, 2017.

NEVES JR, M. A. DAS et al. Acesso vascular para hemodiálise: o que há de novo? *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 12, n. 3, p. 221-225, 2013.

NEVES, P. D. M. M. et al. Brazilian Dialysis Census: analysis of data from the 2009-2018 decade. *Brazilian Journal of Nephrology*, v.42, n.2, p.191-200, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Transtornos mentais*. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em:<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652-folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839>. Acesso em: 15 jun 2021.

OTTAVIANI, A. C. et al. Association between anxiety and depression and quality of life of chronic renal patients on hemodialysis. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, v. 25, n.3, e00650015, 2016.

OZCAN, H. et al. Kidney Transplantation Is Superior to Hemodialysis and Peritoneal Dialysis in Terms of Cognitive Function, Anxiety, and Depression Symptoms in Chronic Kidney Disease. *Transplantation Proceedings*, v.7, n.5, p.1348-1351, 2015.

PAWŁOWSKI, M. et al. Quality of life, depression and anxiety in living donor kidney transplantation. *Transplantation reviews*, v.34, n.4, e100572, 2020. DOI:10.1016/j.trre.2020.100572

PEREIRA, N. C. S.; CARDOSO, J. S. O retorno do paciente renal crônico às atividades produtivas após o transplante renal. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.28, n.2, p.221-229, 2017.

PERTUZ W. et al. Sexual dysfunction in patients with chronic renal disease: does it improve with renal transplantation? *Transplantation Proceedings*, v.46, n.9, p.3021-3026, 2014.

PIOVESAN, A.; NAHAS, W. C. Estado atual do transplante renal no Brasil e sua inserção no contexto mundial / Renal transplantation in Brazil and its insertion in the global context. *Revista de Medicina São Paulo*, v.97, n.3, p.334-339, 2018.

RAMÍREZ-PERDOMO, C. A.; SOLANO-RUÍZ, M. C. A construção social da experiência de viver com uma doença renal crônica. *Revista Latino-Americana de*

Enfermagem, v.26, e3028, 2019. DOI:10.1590/rlae.v26i0.154298.

ROCHA, F. L. et al. Relationship between quality of life, self-esteem and depression in people after kidney transplantation. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.73, n.1, e20180245, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0245>

ROCHA S. I., et al. Percepção da qualidade de vida e autoestima após intervenção odontológica e transplante renal: uma série de casos. *Revista de Estomatologia*, v.29, n.2, e11017, 2021. DOI: 10.25100/re.v29i1.11017

ROMAGNANI, P. et al. Chronic kidney disease. *Nature Reviews Disease Primers*, v.3, e17088, 2017. DOI: 10.1038/nrdp.2017.88.

ROSO, C. C; KRUSE, M. H. L. A vida no Facebook: o cuidado de si de transplantados renais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.38, n.2 e67430, 2017. DOI: 10.1590/1983-1447.2017.02.67430.

RUDNICKI, T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. *Contextos Clínicos*, v.7, n.1, p.105-116, 2014.

SANTOS, C. M., et al. Percepções de enfermeiros e clientes sobre cuidados de enfermagem no transplante de rim. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, v. 28, n. 4, p.337-343, 2015.

SHAFIPOUR, V.; ALHANI, F.; KAZEMNEJAD, A. A survey of the quality of life in patients undergoing hemodialysis and its association with depression, anxiety, and stress. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, v.2, n.2, p.29-35, 2015.

SILVA, M. R. et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos á hemodiálise: Uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3 n. 4, p. 9344–9374, 2020.

SIVIERO, P.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. *Doença renal crônica: um agravamento de proporções crescentes na população brasileira*. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2013. 17 p. (Texto para discussão; 467)

SOLEYMANIAN, T.; KOKABEH, Z.; RAMAGHI, R. et al. Clinical outcomes and quality of life in hemodialysis diabetic patients versus non-diabetics. *Journal of Nephropathology*, v.6, n.2, p.81–89, 2017.

SOUZA JÚNIOR, E. V. et al. Função sexual positivamente correlacionada com a sexualidade e qualidade de vida do idoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, n.75, 2022. Suplemento 4.

SOUSA, L. et al. Análise fatorial confirmatória da depression anxiety stress scale em pessoas com doença renal crônica. *Revista Portuguesa Enfermagem Saúde Mental*, v. 5, p.13- 18, 2015. DOI: 10400.14/34539

SOUZA, T. L. et al. Necessidades humanas básicas alteradas em pacientes pós-transplante renal: estudo transversal. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v.15, n. 2, p.265-275.

SRIFUENGFUNG, M.; NOPPAKUN, K.; SRISURAPANONT, M. Depression in Kidney Transplant Recipients: Prevalence, Risk Factors, and Association With Functional Disabilities. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v.205, n. 10, p.788-792, 2017.

STASIAK, C. E. S. et al. Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 36, n. 3, p. 325-33, 2014.

STEVENS, P. E., LEVIN, A. Kidney disease: improving global outcomes chronic kidney disease guideline development work group members. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine*, v.158, n.11, p.825–830, 2013.

SUZUKI, R. et al. Relationship between stress coping mechanisms and depression in kidney transplant recipients. *Transplant Proceedings*, v.51, n.3, p.761-767, 2019.

TAKAHASHI, A.; HU, S. L.; BOSTOM, A. Physical Activity in Kidney Transplant Recipients: A Review. *American Journal of Kidney Diseases*, v.72, n.3, p.433–443, 2018.

TAMINATO, M. et al. Prevalence of infection in kidney transplantation from living versus deceased donor: systematic review and meta-analysis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 3, p. 502-507, 2015.

TAN, H. M.; TONG, S. F.; HO, C. C. K. Men's Health: Sexual Dysfunction, Physical, and Psychological Health—Is There a Link? *The Journal of Sexual Medicine*, v.9, n.3, p.663–671, 2012.

THOMÉ, F. S. et al. Brazilian chronic dialysis survey 2017. *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 41, n. 2, p. 208-214, 2019.

TKACHENKO, D. et al. Coping of Kidney Transplant Recipients and Their Partners: Sex and Role Differences. *Frontiers in Psychology*, v.10, n.397, 2019. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00397

VIEIRA, A. V. et al. Impacto da Pandemia de Covid-19 na Doação e nos Transplantes de Órgãos no Hospital de Base e no Estado de São Paulo. *Brazilian Journal of Transplantation*, v. 25, n. 3, e0822, 2022.

VIEIRA NETO, O. M. ABENSUR, H. *Diálise Peritoneal: manual prático: uso diário, ambulatorial e hospitalar*. 2. ed. São Paulo: Editora Basileiro, 2016.

XIE, J. et al. Self-management and Related Psychosocial Variables Among Renal Transplant Patients. *Transplant Proceedings*, v.51, n.3, p.734-741, 2019.

ZANESCO, C. et al. Qualidade de vida em pacientes hemodialíticos: avaliação através do questionário KDQOL-SF™. *Revista Saúde.com*, v. 13, n. 1, p. 818-823, 2017.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, v.67,p.361-370, 1983.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*. Geneva: World Health Organization, 2006

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Geneva: World Health Organization; 2010.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine*, v.41, n.10, p.1403-1409, 1995.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr(a) está sendo convidado a participar do estudo “**Avaliação da função sexual e sua associação com qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes dialíticos e transplantados renais.**” Antes de concordar em participar, é importante que entenda os objetivos deste estudo e esclareça todas as suas dúvidas. Caso aceite participar deste estudo, será necessário assinar duas vias deste documento. Uma via assinada deste termo será entregue a(o) Sr(a) e a outra ficará arquivada com o pesquisador.

Quais são os objetivos deste estudo?

Este estudo coletará e analisará informações de pacientes que realizam hemodiálise e de pacientes que já realizaram transplante renal. Como o Sr.(a) faz parte de um desses grupos, está sendo convidado para participar. Os pesquisadores estão realizando esse estudo porque existem poucas informações de como a função sexual, os níveis de ansiedade e depressão influenciam na qualidade de vida de pacientes que realizam hemodiálise e transplantados renais no Brasil. Esta análise ajudará na realização de um levantamento das características dos pacientes realizam hemodiálise e dos que realizaram transplantes renais em hospitais brasileiros da rede pública. Os resultados deste trabalho poderão ajudar no aprimoramento do atendimento multidisciplinar oferecido no contexto nacional.

Qual é o número de participantes no estudo

Esperamos incluir os participantes maiores de 18 anos que realizam hemodiálise e os transplantados renais que tenham enxerto funcionante há mais de 6 meses no Hospital Universitário da UFMA.

Quais são os procedimentos do estudo?

Se você concordar em participar desta pesquisa será submetido a um questionário que avaliará sua Qualidade de vida, avaliará sua sexualidade, se o Sr(a) tem sintomas de ansiedade e depressão, como está a doença atual e outras doenças que o Sr(a) teve no passado. Também serão coletados alguns dados do seu prontuário. Todas as suas informações serão sigilosas e codificadas com um número que só os pesquisadores terão acesso. Em nenhum momento seu nome ou qualquer informação sobre a sua saúde será fornecida para qualquer pessoa que não seja um dos pesquisadores. A informação será utilizada somente para fins de pesquisa.

Quais são os possíveis riscos de participar neste estudo?

Os riscos relacionados a esta pesquisa são mínimos, podendo ser de ordem psicológica ou emocional. Utilizaremos questionários como instrumento de coleta de dados, e ao longo do processo, algumas questões podem gerar constrangimento, desconforto, estresse e suscitar sentimentos que exijam ajustes psicossociais, além de cansaço ao responder as perguntas.

Quais são os possíveis benefícios de participar neste estudo?

Os benefícios estão relacionados às orientações de como controlar sua doença, como tomar os remédios, orientações em relação à dieta e atividade física. Além disso, as informações coletadas serão utilizadas para conhecer melhor os pacientes que realizam hemodiálise e os transplantados renais do Hospitais Universitário da UFMA. Através deste estudo poderemos

identificar como alguns fatores podem influenciar na qualidade de vida dos pacientes.

E se eu não quiser participar do estudo, há outras opções?

Sua participação neste estudo é voluntária e o(a) Sr(a) poderá recusar-se a participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento sem punições ou prejuízo ao seu atendimento neste hospital. O seu cuidado neste hospital é de responsabilidade do seu médico assistente, independente da sua participação no estudo.

Medidas para minimização dos riscos e proteção dos participantes da pesquisa?

A participação no estudo determina risco mínimo à saúde, pois o Sr(a) irá somente responder aos questionários; as respostas serão confidenciais; o questionário não será identificado pelo nome para que seja mantido o anonimato; os participantes receberão esclarecimento prévio sobre a pesquisa, bem como leitura do TCLE, privacidade para responder o questionário; garantia de sigilo; participação voluntária. Caso ocorra algum dano eventual mencionado ou não neste termo, decorrentes do estudo será disponibilizado tratamento médico ou assistência psicológica se necessário.

Serei pago para participar deste estudo?

Não, o(a) Sr(a) não será pago(a) por sua participação neste estudo.

Serei reembolsado por algum custo decorrente de minha participação?

A participação no estudo não envolve nenhum custo para o(a) Sr(a). Desta forma, não há reembolso ou qualquer tipo de recompensa financeira.

Quem terá acesso aos meus registros médicos? Minhas informações são confidenciais?

Além dos procedimentos já descritos acima, também serão coletados alguns dados do seu prontuário, como peso, altura, e resultados de exames laboratoriais. Toda a informação médica será sigilosa e somente a equipe do estudo terá acesso. Em nenhum momento seu nome ou qualquer informação sobre a sua saúde será fornecida para qualquer pessoa que não seja da equipe do estudo. As informações serão confidenciais e utilizadas somente para fins desta pesquisa. Os resultados do estudo serão divulgados, para fins acadêmicos e científicos, sem a identificação de nenhum dado que revele a identidade dos participantes.

Contato em caso de dúvidas

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. O Comitê de Ética é um grupo que realiza a revisão ética inicial e contínua do estudo para manter sua segurança e proteger seus direitos. Se o(a) Sr(a) tiver qualquer dúvida em relação aos aspectos éticos do estudo, fique à vontade para entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão no telefone: 21091250, endereço: Rua Barão de Itapary, 227 Centro CEP. 65020-070 São Luís – Maranhão Tel: (98) 2109-1250 E-mail: cep@huufma.br.

Horário de atendimento ao público:

Segunda a sexta-feira. Horário Manhã: 8h às 12h e Tarde: 14h às 17. A equipe do estudo está à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos antes, durante e após o estudo:
Enfermeira Darci Fernandes
Contato: 98 2109-1023

Declaração de consentimento:

Fui informado(a) dos objetivos da pesquisa de forma clara e detalhada, e pude fazer perguntas. Também me foi garantido pelo pesquisador sigilo que assegure a privacidade dos dados obtidos na pesquisa. Estou ciente de todos os procedimentos que serão realizados e dos possíveis riscos e benefícios e, em caso de dúvida, poderei entrar em contato com a equipe do estudo. Ao assinar este termo de consentimento autorizo o acesso da equipe do estudo aos meus registros médicos e não abrirei mão de meus direitos legais. Recebi uma via assinada deste documento.

		//_
Nome do Participante	Assinatura	Data
		//_
Nome do Pesquisador	Assinatura	Data

APÊNDICE B – Questionário de dados sócio econômicos e clínicos

I. IDENTIFICAÇÃO		COD
	Nome	
	N. Prontuário	
1	Sexo:(1) Masculino (2) Feminino	
2	Data de nascimento: __/__/__ Idade (anos completos):	
3	Procedência (onde reside): (1) São Luís (2) Região de São Luís (3) Outros municípios do Estado Maranhão (4) Outros Estados: _____	
4	Estado Civil (1) Com companheiro fixo (2) Sem companheiro fixo	
5	Religião Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Candoblé Sem religião definida	
6	Escolaridade (1) Analfabeto (2) Sem escolaridade/ alfabetizado (3) Ensino fundamental incompleto (4) Ensino fundamental completo (5) Ensino médio incompleto (6) Ensino médio completo (7) Ensino superior incompleto (8) Ensino superior completo	
7	Cor da sua pele/etnia Branca (2) Negro (3) Pardo (4) Índio	
8	Ocupação: _____ Ativo Aposentado (a), com atividade remunerada Desempregado Recebe benefício/ pensionista Trabalha em casa (sem remuneração)	
9	Número de membros residentes na casa onde o(a) Sr(a) mora: Sozinha 1 a 3 pessoas 4 a 6 pessoas 7 pessoas ou mais.	
10	Qual é aproximadamente a renda mensal familiar, (em reais): < 1 salário mínimo (3) 3 a 5 salários mínimos (2) 1 a 2 salários mínimos (4) Acima de 5 salários mínimos	
II. DIAGNOSTICO E TRATAMENTO		
11	Etiologia da doença renal _____	
12	Tempo de diagnostico (anos completos) _____	
13	Tempo de Hemodiálise (anos completos) _____	
14	Tempo de Transplante (anos completos) _____	
16	Tipo de doador Vivo (2) Falecido	
17	Relação com doador Parente (2) Não Parente	
18	Idade do Doador	
19	Esquema atual de imunossupressão Prednisona ou Prednisolona (2) Azatioprina (3) Ciclosporina (4) Tacrolimo (5) Micofenolato de mofetila (6) Micofenolato de sódio (7) Sirolimo (8) Everolimo	

20	Co-morbidades Hipertensão Diabetes Glomerunefrite crônica Outros _____																						
21	Outras Comorbidades _____																						
22	Diabetes Pós Transplante (1) sim (2) não																						
III. HÁBITOS DE VIDA																							
23	O(a) Sr(a) fuma? (1) Sim (2) Ex fumante (3) Nunca fumou																						
24	O(a) Sr(a) bebe? (1) sim (2) não																						
24	Se realiza atividade física, qual a frequência? (1) Regularmente (2) Esporadicamente (3) Não realiza																						
IV. EXAME FÍSICO / RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS																							
25	<p>• Exames Físico</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Variável</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Peso (kg)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estatura (m)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>IMC (kg/cm): (1)<16 a 18,4 (2)18,5 a <25 kg/m² (3) 25,0 a 29,9 kg/m² (4) ≥30 kg/m² Baixo peso 2) Peso adequado 3) Sobrepeso 4) Obesidade</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>PASistólica (mmHg)</td> <td></td> <td>(1) Normal</td> </tr> <tr> <td>PADiastólica (mmHg)</td> <td></td> <td>(2) Alterado</td> </tr> </table>	Variável	Valor	Peso (kg)		Estatura (m)		PASistólica (mmHg)		(1) Normal	PADiastólica (mmHg)		(2) Alterado										
Variável	Valor																						
Peso (kg)																							
Estatura (m)																							
PASistólica (mmHg)		(1) Normal																					
PADiastólica (mmHg)		(2) Alterado																					
26	<p>• Exames Laboratoriais</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Variável</th> <th>Data</th> <th>Valor/</th> <th>Data</th> <th>Valor</th> <th>Média</th> <th>Cód.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ureia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Creatinina</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(1) Normal (2) Alterado</p>	Variável	Data	Valor/	Data	Valor	Média	Cód.	Ureia							Creatinina							
Variável	Data	Valor/	Data	Valor	Média	Cód.																	
Ureia																							
Creatinina																							

ANEXO A – Questionário Quociente sexual feminino (QS-F)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca **3 = aproximadamente 50% das vezes**
1 = raramente **4 = a maioria das vezes**
2 = às vezes **5 = sempre**

1. **Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?**
 0 1 2 3 4 5
2. **O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?**
 0 1 2 3 4 5
3. **As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?**
 0 1 2 3 4 5
4. **Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?**
 0 1 2 3 4 5
5. **Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?**
 0 1 2 3 4 5
6. **Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?**
 0 1 2 3 4 5
7. **Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?**
 0 1 2 3 4 5
8. **Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?**
 0 1 2 3 4 5
9. **Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?**
 0 1 2 3 4 5
10. **A satisfação que você consegue obter com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?**
 0 1 2 3 4 5

Aspectos avaliados pelo QS-F

- Desejo e interesse sexual (questões 1, 2, 8)
- Preliminares (questão 3)
- Excitação da mulher e sintonia com o parceiro (questões 4, 5)
- Conforto na relação sexual (questões 6, 7)
- Orgasmo e satisfação sexual (questões 9, 10)

ANEXO B – Questionário Quociente sexual masculino (QS-M)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca
1 = raramente
2 = às vezes

3 = aproximadamente 50% das vezes
4 = a maioria das vezes
5 = sempre

1. Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
2. Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
3. As preliminares de seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua (seu) parceira(o)? [] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
4. Seu desempenho sexual varia conforme sua (seu) parceira(o) seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
5. Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
6. Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida (dura) para garantir uma relação sexual satisfatória?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
7. Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
8. Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
9. Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?
[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5
10. Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades? [] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5

Aspectos avaliados pelo QS-M

- Desejo e interesse sexual (questão 1)
- Autoconfiança (questão 2)
- Qualidade da ereção (questões 5, 6, 7)
- Controle da ejaculação (questão 8)
- Capacidade de atingir o orgasmo (questão 9)
- Satisfação que o homem obtém (questões 3, 4 e 10) e que proporciona a sua parceira (questões 3 e 10)

**ANEXO C – Questionário Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar
(Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS)**

Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA.

<p>A 1) Eu me sinto tenso ou contraído: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p> <p>D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes: 0 () Sim, do mesmo jeito que antes 1 () Não tanto quanto antes 2 () Só um pouco 3 () Já não sinto mais prazer em nada</p> <p>A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer: 3 () Sim, e de um jeito muito forte 2 () Sim, mas não tão forte 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa 0 () Não sinto nada disso</p> <p>D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Atualmente um pouco menos 2 () Atualmente bem menos 3 () Não consigo mais</p> <p>A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Raramente</p> <p>D 6) Eu me sinto alegre: 3 () Nunca 2 () Poucas vezes 1 () Muitas vezes 0 0 () A maior parte do tempo</p> <p>A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado: 0 () Sim, quase sempre 1 () Muitas vezes 2 () Poucas vezes 3 () Nunca</p> <p>D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas: 3 () Quase sempre 2 () Muitas vezes 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p>	<p>A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago: 0 () Nunca 1 () De vez em quando 2 () Muitas vezes 3 () Quase sempre</p> <p>D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência: 3 () Completamente 2 () Não estou mais me cuidando como deveria 1 () Talvez não tanto quanto antes 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes</p> <p>A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum: 3 () Sim, demais 2 () Bastante 1 () Um pouco 0 () Não me sinto assim</p> <p>D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Um pouco menos do que antes 2 () Bem menos do que antes 3 () Quase nunca</p> <p>A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico: 3 () A quase todo momento 2 () Várias vezes 1 () De vez em quando 0 () Não sinto isso</p> <p>D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa: 0 () Quase sempre 1 () Várias vezes 2 () Poucas vezes 3 () Quase nunca</p>
---	---

ANEXO D – Questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) te impede de fazer o q vc precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico p levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações q precisa no seu dia/dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

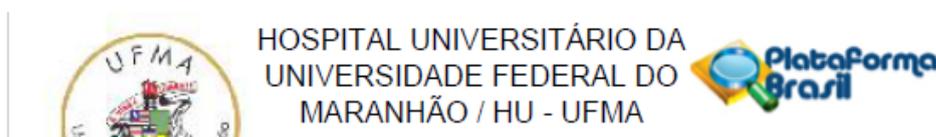
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia/dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humores, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO E – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA RESILIÊNCIA E FUNÇÃO SEXUAL ASSOCIADAS À QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES DIALÍTICOS E TRANSPLANTADOS RENAI.

Pesquisador: DARCI RAMOS FERNANDES

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 95174518.6.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.236.312

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS__1421668_E1.pdf 21/07/2020 00:13:15

A doença renal crônica (DRC) e a complexidade do tratamento são problemas sérios de saúde pública em todo o mundo e tem encargos sociais e financeiros resultantes do aumento das taxas de pacientes jovens com disfunção renal (MENDONÇA, 2014; SILVA, 2017). Segundo Moreira et al (2014), a DRC tem o potencial de limitar a capacidade funcional, produtividade e a qualidade de vida (QV) das pessoas por ela afetadas, gerando elevada prevalência de transtornos psiquiátricos associados, entre os quais ansiedade e depressão. Da mesma forma, Mendes e Almeida (2013), mencionam que pacientes dialíticos e transplantados renais ao vivenciarem uma doença crônica de caráter irreversível, têm alterações em sua sexualidade, o que influencia na QV. Oliveira et al (2016), referem que à medida que a insuficiência renal progride, o paciente apresenta sintomas que interferem nas suas atividades diárias e em fases mais avançadas da DRC, não apenas os sintomas, mas também a terapêutica dialítica utilizada, pode interferir alguns aspectos subjetivos e influenciar em sua QV. De acordo com

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.236.312

WHOQOL Group (1994), a qualidade de vida é considerada como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. O enfrentamento emocional dos pacientes com DRC que realizam a terapia renal

substitutiva pode ocorrer de modo pouco saudável desencadeando ansiedade e sintomas depressivos, impactando diretamente na QV (SILVEIRA et al., 2010). Pertuza et al (2014), referem que a função sexual e reprodutiva saudáveis integram o conceito abrangente de qualidade de vida e encontram-se frequentemente comprometidas nos pacientes com DRC. Esses pacientes têm demonstrando habilidades em conviver sob estresse, adaptando-se e superando situações adversas a despeito da dificuldade enfrentadas e de um contexto desfavorável. O estudo da resiliência no contexto hospitalar serve de impulso na busca de entendimento do enfrentamento de situações adversas, incluindo as anormalidades hormonais, neuropatia periférica, doença vascular e alguns medicamentos que contribuem para o aparecimento de distúrbios sexuais e podem ser precedidos por problemas psicológicos e emocionais, os quais, nem sempre recebem atenção adequada. Embora uma atividade sexual saudável integre o conceito de qualidade de vida, poucos estudos abordando esse tema têm sido desenvolvidos em pacientes brasileiros com DRC e nenhum estudo comparou esses aspectos entre pacientes dialíticos e transplantados renais. Desta forma, avaliar a resiliência, função sexual, QV, sintomas de ansiedade e depressão em pacientes dialíticos e transplantados renais, fazendo uma comparação entre esses grupos, é um assunto relevante não apenas aos indivíduos nessas situações, como também aos gestores de saúde, a fim de poderem melhor subsidiar o tratamento e evitar complicações. Diante do exposto, o presente estudo será desenvolvido com o propósito avaliar resiliência, função sexual e sua associação com a qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes dialíticos e transplantados renais no Serviço de Nefrologia de um Hospital no nordeste do Brasil.

Hipótese:

Alterações na função sexual causadas pela doença renal crônica levam a prejuízos na qualidade de vida e causam sintomas de ansiedade e depressão tanto em pacientes dialíticos quanto em pacientes transplantados renais? Quando se sabe o que expõe um paciente a determinados eventos negativos e quais fatores podem atenuar tais eventos, torna-se apto a desenvolver situações que favoreçam a resiliência?

Metodologia Proposta:

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.236.312

Tipo e local de estudo: Estudo transversal, observacional e descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa que será realizado no Serviço de Nefrologia do HU-UFMA, Centro de Referência no estado do Maranhão para tratamento de doentes renais crônicos pelo SUS, composto pelas Unidade de Hemodiálise e Unidade de Transplante Renal. Período do estudo: O presente estudo será realizado no período de janeiro de 2019 a

dezembro de 2021. Amostra: A amostra será composta por pacientes que realizam hemodiálise e pacientes transplantados renais em acompanhamento no ambulatório de pós-transplante do HU-UFMA. Atualmente existem 144 pacientes dialíticos e 502 pacientes transplantados renais em acompanhamento regular. Após cálculo amostral, com erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, a amostra ficou estimada em 105 pacientes dialíticos e 218 transplantados renais. Coleta de dados/Instrumentos Para a coleta de dados será utilizado um questionário semiestruturado de caracterização sociodemográfica e clínica elaborado para este estudo, com as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, ocupação, escolaridade, renda, religião, cor da pele, etiologia da doença renal, tempo de seguimento na hemodiálise, tempo de seguimento no pós-transplante, esquema atual de imunossupressão, co-morbidades. Para avaliação dos escores da Resiliência, Função sexual, Ansiedade, Depressão e Qualidade de vida serão utilizados os seguintes instrumentos já validade no Brasil: a) Escala de Resiliência (PESCE et al., 2005); b) Quociente sexual masculino (QS-M) e Quociente sexual feminino (QS-F) (ABDO, 2006); c) Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) (BOTEGA et al, 1995) d) World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)(FLECK et al., 2000).

Critério de Inclusão:

Em pacientes dialíticos Critérios de inclusão: idade 18 anos com doença renal crônica em diálise por mais de seis meses; Em pacientes transplantados renais Critérios de inclusão: idade 18 anos na época do TR, sobrevida 6 meses pós-TR, estar em acompanhamento ambulatorial regular no serviço no período em que será desenvolvida a pesquisa, bom funcionamento do enxerto, concordância em participar do estudo;

Critério de Exclusão:Em pacientes dialíticos*

Critérios de não inclusão: paciente agudo, em diálise peritoneal e transplantado que teve perda do enxerto.Em pacientes transplantados renais*Critérios de não inclusão: história de rejeição do

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.236.312

enxerto.

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados serão armazenados em um banco de dados criado com auxílio do software Microsoft Excel 2016. A análise dos instrumentos será realizada segundo os critérios estabelecidos pelos autores nas versões em português. Para análise descritiva os dados categóricos serão apresentados pela proporção dos pacientes (porcentagem). Os dados numéricos serão apresentados pela frequência, média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo. Será utilizado o alfa de Cronbach para verificar a consistência interna entre os instrumentos QS-M / QS-F, HADS e WHOQOL-Bref. Também serão realizados cálculos correlacionais (coeficiente de correlação de Person) e teste t de Student para comparar a qualidade de vida de pacientes dialíticos e transplantados renais. A análise de correlação entre função sexual, ansiedade, depressão e qualidade de vida será realizada pelo coeficiente de Spearman, com a apresentação do intervalo de confiança (95%IC). Será utilizado o alfa de Cronbach () para verificar a consistência interna entre os instrumentos QS-M / QS-F, HADS e WHOQOL-Bref. A comparação entre os grupos será realizada pelo teste de Mann-Whitney para dados com distribuição numérica e o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher, será utilizado para comparar variáveis categóricas, e o teste t de Student para variáveis contínuas. Será utilizada análise de regressão linear múltipla para verificar o efeito de diversas variáveis sobre domínios do WHOQOL-bref. O nível de significância a ser adotado para os testes estatísticos será de p-valor 0,05.

Desfecho Primário:

Quanto mais resilientes melhor qualidade de vida de pacientes que realizam hemodiálise e pacientes transplantados renais?

Desfecho Secundário:

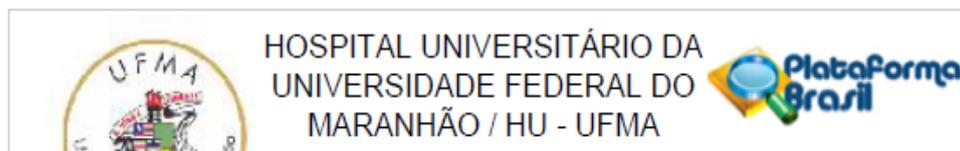
Quanto mais resilientes melhor a função sexual e menos sintomas de ansiedade e depressão em pacientes que realizam hemodiálise e pacientes transplantados renais?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o impacto da resiliência na função sexual, qualidade de vida e sintomas de ansiedade e

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.236.312

depressão em pacientes dialíticos e transplantados renais.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a resiliência de pacientes dialíticos e transplantados renais;
- Avaliar a função sexual de pacientes dialíticos e transplantados renais;
- Avaliar a qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes dialíticos e transplantados renais;
- Comparar a função sexual entre pacientes dialíticos e transplantados renais;
- Comparar a qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes dialíticos e transplantados renais;
- Correlacionar resiliência, sexualidade, qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão entre os grupos estudados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador:

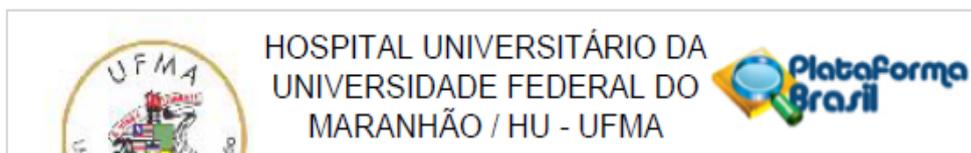
Riscos:

Existem riscos mínimos aos pacientes relacionados a esta pesquisa, sejam de origem psicológica e/ou emocional, com possibilidade de dano à dimensão psíquica, pois utilizaremos questionários como instrumento de coleta de dados, e ao longo do processo, algumas questões podem gerar constrangimento, desconforto, estresse e suscitar sentimentos que exijam ajustes psicossociais, além de cansaço. Para minimização dos riscos e proteção dos participantes da pesquisa as respostas serão confidenciais; o questionário não será identificado pelo nome para que seja mantido o anonimato; os indivíduos receberão esclarecimento prévio sobre a pesquisa; haverá leitura do TCLE; autorização legal quando sujeito for vulnerável; assistência psicológica se necessária; privacidade para responder o questionário; garantia de sigilo; participação voluntária; se houver necessidade será disponibilizado tratamento médico ou assistência psicológica, caso ocorra algum dano eventual mencionado ou não neste termo, decorrentes do estudo.

Benefícios:

Os prováveis benefícios aos pacientes estão relacionados às orientações que irão receber de como controlar a sua doença, como tomar os medicamentos e as orientações em relação à dieta e atividade física. Além disso, as informações coletadas serão utilizadas para conhecer melhor como

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.236.312

estão os pacientes que realizam hemodiálise e os transplantados renais do Hospital Universitário da UFMA. Através deste estudo poderemos identificar como alguns fatores podem influenciar na qualidade de vida dos pacientes. Isto nos ajudará a desenvolver maneiras de prevenir outras doenças e melhorar no futuro o tratamento que é realizado, auxiliando na melhoria da qualidade de vida desse grupo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo apresenta relevância social e científica por propor ações como orientações aos participantes da pesquisa que possibilitem controlar a doença, como tomar os medicamentos e as orientações em relação à dieta e atividade física.

Destaca-se que este parecer está relacionado às pendências referidas no Parecer: 3.809.815, datado de 24.01.2020, isto esclarecido considerando outras inclusões de Emendas pelo pesquisador sem entretanto ter atendido pendências anteriores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3).

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO não apresenta óbices éticos, portanto atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

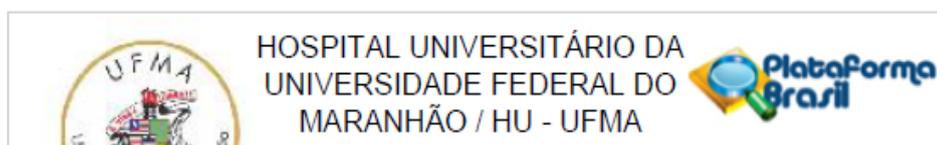
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.236.312

Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1421668_E1.pdf	21/07/2020 00:13:15		Aceito
Outros	CARTA_RESPOST_alterada.pdf	21/07/2020 00:10:27	DARCI RAMOS FERNANDES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_alterado.pdf	21/07/2020 00:06:34	DARCI RAMOS FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_alterado.pdf	21/07/2020 00:05:36	DARCI RAMOS FERNANDES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_alterado.pdf	21/07/2020 00:04:38	DARCI RAMOS FERNANDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_alterado.pdf	21/07/2020 00:04:21	DARCI RAMOS FERNANDES	Aceito
Outros	AUTORIZACAOGESTOR.pdf	23/07/2018 14:58:25	DARCI RAMOS FERNANDES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOS.pdf	18/07/2018 22:45:24	DARCI RAMOS FERNANDES	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostPB.pdf	09/06/2018 16:14:37	DARCI RAMOS FERNANDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 25 de Agosto de 2020

Assinado por:
Camiliane Azevedo Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br

ANEXO F – Fatores relacionados a ansiedade e depressão em pacientes transplantados renais (1º estudo publicado)



Darci Ramos Fernandes
Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.
Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Maranhão.
Doutoranda em Ciências Médicas pela UERJ.
E-mail: darci.fernandes@huufma.br

Roseline de Oliveira Calisto Lima
Enfermeira Residente no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Especialista em Saúde Renal.
E-mail: roselinejmaoc@gmail.com

Elizabeth Santos de Andrade Malheiros
Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.
Mestrado em Saúde Materno Infantil pela Universidade Federal do Maranhão.
E-mail: elizabeth.malheiros@hotmail.com

Vivian Silva Brito
Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.
Mestranda em Saúde do Adulto pela Universidade Federal do Maranhão.
E-mail: vivianbrito@hotmail.com

Sueli Coelho da Silva Carneiro
Prof. Associada de Dermatologia - FCM/UERJ.
Coordenadora da Residência e Especialização em Dermatologia - HUPE/UERJ.
Dermatologista e Reumatologista - HUCFF/UF RJ. Docente dos Programas de Pós Graduação em Ciências Médicas/UERJ e Medicina/UF RJ.
E-mail: suelicarn@gmail.com

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
Enfermeira do Ministério da Saúde.
Doutorado em Biotecnologia em Saúde - RENORBIO. Prof. Associada da Universidade Federal do Maranhão. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado Acadêmico UFMA.
Gerente de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário - UFMA.
E-mail: ritacarvalho@hotmail.com

Submissão: 28/05/2020
Aprovação: 05/10/2020

Como citar este artigo:

Fernandes DR, Lima ROC, Malheiros ESA, Brito VS, Carneiro SCS, Corrêa RGCF. Fatores relacionados a ansiedade e depressão em pacientes transplantados renais. São Paulo: Rev Recien. 2020; 10(32):113-123.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.32.113-123>

FATORES RELACIONADOS A ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS

Resumo: Verificar fatores associados à ansiedade e depressão em transplantados renais. Estudo quantitativo, delineamento transversal realizado em Hospital de alta complexidade, com 80 transplantados renais, maiores de 18 anos. Utilizou-se a Escala de medida de ansiedade e depressão hospitalar - HADS. Os dados foram analisados por estatística descritiva simples, Teste-t de Student ou ANOVA, Mann Whitney, Kruskal-Wallis ou Dunnet, e coeficiente de correlação de Spearman. Prevalência de ansiedade em 25% e depressão em 15% dos pesquisados; predomínio do gênero feminino, idades entre 30 a 59 anos; ter companheiro fixo favoreceu sintomas de ansiedade; sedentarismo estava associado a sintomas de ansiedade e depressão, receptores de doador falecido apresentaram mais ansiedade; quanto maior tempo de transplante, mais ansiedade e depressão. Concluiu-se que conhecimento científico, habilidade técnica e empatia são ferramentas indispensáveis diante dessas situações, pois favorecem suporte multiprofissional, interdisciplinar e humanizado, sensíveis às demandas dos pacientes transplantados renais.

Descritores: Ansiedade, Depressão, Transplante Renal.

Factors related to anxiety and depression in kidney transplant patients

Abstract: To verify factors associated with anxiety and depression in renal transplant recipients. Quantitative study, cross-sectional design carried out in a hospital of high complexity, with 80 renal transplant recipients, over 18 years of age. The Hospital Anxiety and Depression Measurement Scale - HADS was used. The data were analyzed by simple descriptive statistics, Student's t-test or ANOVA, Mann Whitney, Kruskal-Wallis or Dunnet, and spearman correlation efficiency. Prevalence of anxiety in 25% and depression in 15% of those surveyed; predominance of females, ages between 30 and 59 years old; having a fixed companion favored anxiety symptoms; sedentary lifestyle was associated symptoms of anxiety and depression, recipients of deceased donors presented more anxiety; the longer transplant time, more anxiety and depression. It was concluded that scientific knowledge, technical skill, and empathy are indispensable tools in these situations, because they favor multiprofessional, interdisciplinary and humanized support, sensitives to the demands of the patients renal transplant recipients.

Descriptors: Anxiety, Depression, Kidney Transplant.

Factores relacionados con la ansiedad y la depresión en pacientes con trasplante de riñón

Resumen: Se objetivó verificar los factores asociados a la ansiedad y la depresión en pacientes trasplantados de los riñones. Método: estudio cuantitativo, diseño transversal realizado en un hospital de alta complejidad, con 80 receptores de trasplante renal, mayores de 18 años. Se utilizó la Escala de Medición de Ansiedad y Depresión Hospitalaria - HADS. Los datos fueron analizados por estadísticas descriptivas simples, la prueba t de Student o ANOVA, Mann Whitney, Kruskal-Wallis o Dunnet, y el coeficiente de correlación de Spearman. Resultados: prevalencia de ansiedad en el 25% y depresión en el 15% de los encuestados; predominio en personas del género femenino, de 30 a 59 años; tener una pareja estable favoreció los síntomas de ansiedad; el estilo de vida sedentario se asoció con los síntomas de ansiedad y depresión, los receptores de donantes fallecidos mostraron más ansiedad; cuanto mayor sea el tiempo desde el transplante, más ansiedad y depresión. Se concluyó que los conocimientos científicos, la habilidad técnica y la empatía son herramientas indispensables en estas situaciones, ya que favorecen el apoyo multiprofesional, interdisciplinario y humanizado, sensible a las demandas de los pacientes trasplantados renales.

Descritores: Ansiedad, Depresión, Trasplante de Riñón.



Introdução

O transplante renal é um procedimento cirúrgico complexo em que um rim saudável e funcional é removido de um doador vivo, ou com morte cerebral, e implantado em um paciente com rins inoperantes. A maioria dos pacientes renais crônicos é favorável ao transplante renal, com boa aceitabilidade¹. O transplante renal está associado a menor mortalidade e menor gasto com assistência médica do que hemodiálise ou diálise peritoneal². O número total de transplantes realizados no Brasil, entre 2008 e março de 2018, chegou a 5.384 (em números absolutos). Na região nordeste houve um total de 1.032 transplantes renais; destes, 31 foram realizados no Maranhão. No entanto, ainda há aproximadamente 31.226 pessoas em fila de espera para transplante^{3,4}.

O contingente de pessoas aguardando um transplante expressa a grandeza deste problema de saúde pública, percebendo-se uma demanda superior à oferta, resultando em prejuízos aos pacientes⁵. A literatura aponta que o transplante renal é considerado a melhor escolha para pacientes em estágio terminal da doença, pelo efeito superior na sobrevida dos pacientes, em comparação com outras terapias. Contudo, os receptores renais enfrentam problemas que podem induzir uma série de efeitos na saúde física e mental. Fatores psicológicos como estressores e depressão podem provocar a liberação de hormônios hipofisários e adrenais, contribuindo para o rebaixamento do sistema imunológico dos pacientes, influenciando comportamentos negativos que interferem no autocuidado, podendo afetar a vida útil dos enxertos e, sobretudo, dos pacientes⁶.

O transplante possibilita reabilitação física, mental e social, e estas associam-se à diminuição do

risco de mortalidade. Em comparação com a hemodiálise, o transplante apresenta melhor relação de custo-efetividade, permitindo ao paciente reintegração às suas atividades cotidianas⁷.

Embora a transplantação liberte o paciente do tratamento dialítico, não elimina sua convivência com o adoecimento. Para o sucesso desta modalidade é esperado que o pós-transplantado se conscientize que o tratamento exigirá compromisso com a manutenção de rotinas de cuidado, para haver continuidade de função do enxerto. Estes pacientes necessitam aderir a muitas mudanças em suas atividades diárias, que poderão perdurar enquanto houver função renal, tais como uso contínuo de medicações imunossupressoras; esquiva de focos de infecção, consultas médicas periódicas; dieta equilibrada e realização de atividades físicas⁸.

Todas estas demandas evocam muitas expectativas ao transplantado, o que pode levar ao surgimento de transtornos de ansiedade e depressão, tidos como os distúrbios mais comuns de saúde mental nos transplantados renais, uma vez que estas pessoas enfrentam preocupações relacionadas ao transplante, associadas ao medo de rejeição do enxerto. Como resultado, há aumento do risco de ocorrência de transtornos do humor e qualidade de vida prejudicada, estando mais expostos a transtornos de humor, se comparados à população geral^{9,10}. Em pesquisa realizada no Japão, há evidências de que os receptores de transplante apresentam depressão e ansiedade, experimentando estresse físico e psicossocial por longos períodos¹¹.

Em termos gerais, transtornos de ansiedade e depressão tem afetado milhares de pessoas em todo o mundo, estimando-se que 5,8% da população geral é

afetada com a depressão. No Brasil, transtornos relacionados a ansiedade atingem 9,3% da população. Entre 2005 e 2015, o contingente de pessoas com depressão aumentou 18% e a estimativa global aponta 322 milhões com este diagnóstico. Observa-se também que os baixos níveis de conhecimento acerca de transtornos relacionados a ansiedade e depressão dificultam o acesso ao tratamento¹².

A ansiedade é considerada normal diante de situações cotidianas ameaçadoras, sendo comumente encontrada na população em geral, contudo, a intensidade deste transtorno, quando desproporcional, torna-se patológica¹³. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a ansiedade caracteriza-se por preocupações excessivas, apreensão e expectativas que persistem por longos períodos, com difícil controle, estando tais sintomas presentes por mais de seis meses.

Muitas vezes a ansiedade está associada à depressão, um problema de saúde pública, cujos principais sintomas incluem humor deprimido, falta de interesse ou prazer por atividades anteriormente prazerosas, baixa concentração, perturbação do apetite e do sono, sentimento de culpa, autoestima baixa e desesperança, podendo ainda ter como desfecho o suicídio¹⁴.

A partir do exposto, a realização do presente estudo justifica-se pelo impacto negativo que os sintomas de ansiedade e depressão podem acarretar à saúde mental de pacientes transplantados renais, desencadeando sintomas somáticos que frequentemente os acometem. Este estudo teve como objetivo verificar fatores associados a sintomas de

ansiedade e depressão em pacientes transplantados renais em um Hospital Universitário.

Material e Método

Estudo transversal, observacional e descritivo, com abordagem quantitativa. A coleta dos dados teve início em janeiro de 2019, com uma amostra formada por pacientes transplantados renais, em acompanhamento no ambulatório de pós-transplante do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), o único no Estado a atender este público específico. Foram incluídos no estudo pacientes a partir de 6 meses de TR, idade igual ou superior a 18 anos à época do TR, ambos os gêneros, com bom funcionamento do enxerto, em acompanhamento ambulatorial regular no serviço no período da pesquisa e que concordaram em participar do estudo. Após 6 pacientes terem se recusado a participar do estudo e 5 não preencherem aos critérios de elegibilidade, a amostra foi formada por 80 pacientes.

Os dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida foram obtidos por meio de instrumento semiestruturado elaborado para caracterizar a população do estudo. Os dados relacionados ao diagnóstico e tratamento foram coletados do prontuário eletrônico do paciente. Considerando a possibilidade de algum participante apresentar problema visual e/ou baixo nível instrucional, a aplicação dos instrumentos foi realizada por meio de entrevista individual. Para avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão, utilizou-se a Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS), elaborada em 1983, adaptada e validada para língua portuguesa em 1995. Contém 14 questões do tipo múltipla escolha e

compõe-se de duas subescalas, uma de ansiedade (HADS-A) e outra de depressão (HADS-D), com sete itens em cada domínio.

A escolha da HADS deu-se por sua breve extensão e por ter como vantagem a ausência de sintomas comuns entre doenças clínicas e depressão, tais como fadiga, perda de apetite e alterações do sono. Este instrumento também pode avaliar sintomas subjetivos mais específicos da depressão, demonstrando no seu resultado a necessidade, ou não, do uso de outros métodos diagnósticos adequados na identificação e condução do tratamento¹⁵.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados, criado com auxílio do software Microsoft Excel 2016. A análise dos instrumentos foi realizada de acordo com os critérios estabelecidos pelos autores nas versões em português. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências e porcentagem e as variáveis quantitativas com média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil (Quartil 3 - Quartil 1), Teste-t de Student para amostras independentes ou Análise de Variância (ANOVA); Na ausência de normalidade Mann Whitney, Kruskal-Wallis ou Dunnet; correlação das variáveis - coeficiente de correlação de Spearman. Todas as análises foram realizadas no programa Data Analysis and Statistical Software (STATA®) versão 14.0. O nível de significância estabelecido foi de 5% ($p < 0,05$).

Este estudo atende às exigências das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução do Conselho Nacional da Saúde - CNS 466/2012). Todos os pacientes foram informados sobre objetivos e procedimentos do estudo e participaram voluntariamente, conforme determina a resolução supracitada.

Estudo vinculada ao projeto de maior abrangência intitulado "Avaliação da função sexual e sua associação com qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes dialíticos e transplantados renais", submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do HU-UFMA sob número de parecer consubstanciado CAAE: 95174518.6.0000.5086.

Resultados

O estudo permitiu conhecer a realidade dos pacientes transplantados renais acompanhados regularmente no ambulatório de pós-transplante do hospital universitário HU-UFMA. Dos 80 pacientes que participaram deste estudo, verificou-se que 41 (51,25%) eram do gênero feminino; com idades entre 18 a 72 anos, 55 declararam-se pardos (68,75%); 54 moravam com companheiro fixo (67,5%); 49 informaram religião católica (61,25%); 52 recebiam entre 1 e 2 salários mínimos (65%); 42 recebiam benefícios do governo ou eram pensionistas (52%) (Tabela 1).

Fernandes DR, Lima ROC, Malheiros ESA, Brito VS, Carneiro SCS, Corrêa RGCF. Fatores relacionados a ansiedade e depressão em pacientes transplantados renais. São Paulo: Rev Recien. 2020; 10(32):113-123.

Tabela 1. Características sociodemográficas de pacientes transplantados renais. (n=80).

Variáveis	N	%	Média ± DP
Gênero			
Masculino	39	48,75	
Feminino	41	51,25	
Idade (anos)			
			41,90 ± 12,85
18 - 29 anos	14	17,50	
30 - 59 anos	57	71,25	
≥ 60 anos	9	11,25	
Raça/Cor			
Branca	10	12,50	
Negro	15	18,75	
Pardo	55	68,75	
Estado civil			
Com companheiro fixo	54	67,50	
Sem companheiro fixo	26	32,50	
Religião			
Católico	49	61,25	
Evangélico	28	35,00	
Espírita	2	2,50	
Sem religião definida	1	1,25	
Situação de trabalho			
Ativo	8	10,00	
Aposentado / atividade remunerada	3	3,75	
Desempregado	4	5,00	
Recebe benefício/ pensionista	42	52,50	
Trabalha em casa (sem remuneração)	14	17,50	

Fonte: Autoria própria (2019).

O tempo de transplante renal variou entre 6 meses a 20 anos; 50% receberam órgão de doador vivo, dos quais 43,75% parentes; 15,38% apresentaram diabetes após transplante; 45% praticavam atividade física regularmente; 5% faziam uso de bebida alcoólica; 3,75% eram fumantes (Tabela 2).

Fernandes DR, Lima ROC, Malheiros ESA, Brito VS, Carneiro SCS, Corrêa RGCF. Fatores relacionados a ansiedade e depressão em pacientes transplantados renais. São Paulo: Rev Recien. 2020; 10(32):113-123.

Tabela 2. Características clínicas de pacientes transplantados renais. (n=80).

Variáveis	N	%
Tempo de transplante (anos)		
Até 5 anos	36	45,00
6 – 10 anos	16	20,00
11 – 20 anos	26	32,50
> 20 anos	2	2,50
Amplitude (Valor máximo – Valor mínimo)	(26,00 – 0,60)	
Tipo de doador		
Vivo	40	50,00
Parente	35	43,75
Não parente	5	6,25
Falecido	40	50,00
Diabetes pós transplante		
Sim	12	15,38
Não	68	84,62
Frequência de atividade física		
Regularmente	36	45,00
Esporadicamente	10	12,50
Não realiza	34	42,50
Faz uso de bebidas alcoólicas		
Sim	4	5,00
Não	76	95,00
Fumante		
Sim	3	3,75
Ex fumante	20	25,00
Nunca fumou	57	71,25

Fonte: Autoria própria (2019).

A tabela 3 apresenta a distribuição dos resultados obtidos pela aplicação Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar entre os gêneros, onde encontrou-se 25% de prevalência de sintomas de ansiedade e 15% de sintomas de depressão, sendo que ambos os sintomas estiveram mais presentes no gênero feminino, 34% e 27% respectivamente.

Tabela 3. Distribuição dos resultados da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, entre os gêneros. (n=80).

VARIÁVEIS	Geral		Masculino		Feminino		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
Ansiedade							
Ausente	60	75,00	33	85	27	66	0,053 [#]
Presente	20	25,00	6	15	14	34	
Depressão							
Ausente	68	85,00	38	9	30	73	0,003*
Presente	12	15,00	1	3	11	27	

*Exato de Fisher; # Qui-quadrado

Os resultados da tabela 4 foram obtidos a partir da associação entre a HADS - Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar e fatores sociodemográficos e clínicos, onde encontraram-se as seguintes associações: estado civil apresentou significância estatística quando associado a ansiedade, constatando que ter companheiro fixo pode favorecer sintomas de ansiedade; ausência de atividade física apontou relevância estatística com sintomas de ansiedade e depressão; tipo de doador apresentou significância estatística na associação ansiedade; tempo de transplante apontou significância estatística quando associado à ansiedade e depressão; quanto às demais variáveis, não houve relação estatística significativa ao associar gênero e HADS, entretanto o gênero feminino apresentou os maiores escores relacionados a sintomas de ansiedade e depressão.

Tabela 4. Associação entre fatores sociodemográficos, clínicos e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em transplantados renais.

Variáveis	Escala Hospitalar			
	Ansiedade		Depressão	
	Mediana (Q3-Q1)	p-valor	Mediana (Q3-Q1)	p-valor
Idade (anos)				
18-29 anos	6 (8,0-3,0)	0,992 +	3 (7,0-0,0)	0,648 +
30 – 59 anos	5 (8,0-3,0)		3 (7,0-2,0)	
≥ 60 anos	5 (10,0-3,0)		4 (6,0-3,0)	
Gênero				
Masculino	4 (7,0-3,0)	0,119 π	3 (4,0-1,0)	0,128 π
Feminino	6 (10,0-3,0)		4 (9,0-2,0)	
Estado civil				
Com companheiro	5,5 (9,0-4,0)	0,049 π	4 (7,0-2,0)	0,455 π
Sem companheiro	4 (8,0-2,0)		3 (6,0-2,0)	
Situação de trabalho				
Ativo	5 (6,0-3,0)	0,278 +	3 (4,0-2,0)	0,220 +
Aposentado / Recebe benefício	4 (9,0-3,0)		3 (7,0-1,0)	
Diabetes pós transplante				
Sim	5		4	
Não	(10,0-4,0)	0,965 +	(7,0-2,0)	0,685 +
Frequência de atividade física				
Regularmente	4 (7,0-3,0)		3 (4,0-1,0)	
Não realiza	6 (9,5-4,0)	0,049 π	4 (8,0-3,0)	0,010 π

Fernandes DR, Lima ROC, Malheiros ESA, Brito VS, Carneiro SCS, Corrêa RGCF. Fatores relacionados a ansiedade e depressão em pacientes transplantados renais. São Paulo: Rev Recien. 2020; 10(32):113-123.

Faz uso de bebidas alcoólicas				
Sim	5 (8,0-3,5)	0,946 π	5,5 (8,0-3,5)	0,220 π
Não	5 (8,5-3,0)		5,5 (6,5-2,0)	
Tipo de doador				
Falecido	6 (9,5-4,0)	0,048 π	3 (8,0-1,5)	0,527 π
Vivo	4 (7,5-3,0)		3 (4,5-2,0)	
Tempo de transplante				
De 6 meses a 10 anos	4 (7,0-3,0)	0,019 π	3 (4,0-1,0)	0,006 π
Acima de 10 anos	6 (10,5-3,5)		3 (7,0-2,0)	

*DP- Desvio padrão; #Anova (Bonferroni - $A > a$); + Kruskal –Wallis (Dunnet - $A > a$); ∞ Teste-t para amostras independentes; Mann Whitney.

Fonte: Autoria própria (2019).

Discussão

Os achados do presente estudo encontraram escores de sintomas de ansiedade e depressão mais elevadas em transplantados renais do gênero feminino. No mundo moderno majoritariamente, as mulheres tem vivenciado mais situações de conflito, muitas vezes tem sido vítimas de violência doméstica, assédio sexual nas ruas, dentro de casa, no trabalho e nos transportes público, fora a pressão sofrida pelos múltiplos papéis impostos à mulher, como a maternidade, e até mesmo a falta de apoio familiar se precisarem de tratamento psicológico, situações que não devem ser diferentes para as mulheres transplantadas.

Neste estudo verificou-se que os participantes com companheiro apresentaram mais sintomas de ansiedade. Semelhante a este achado, um estudo realizado em Hannover Medical School, com 56 receptores de transplante renal e seus parceiros, para investigar o enfrentamento cotidiano individual e do casal, encontrou que na maioria das vezes os cônjuges são cuidadores de seus parceiros com doenças

crônicas, o que pode gerar angústia nestes, sobretudo no parceiro (cuidador), resultando em altos níveis de estresse para ambos¹⁶.

Muitas vezes, consequências emocionais e físicas geram sentimentos de inutilidade no cônjuge transplantado, acarretando prejuízos em seu cotidiano. Além disso, sintomas de ansiedade e depressão podem impactar negativamente o relacionamento, o que requer apoio social, especialmente do cônjuge do receptor de enxerto, favorecendo o enfrentamento das situações que geram estresse¹⁶. Como o transplante renal resulta em altos níveis de estresse tanto para o paciente quanto para o cônjuge, o transplante pode ser considerado um desafio para o relacionamento. Os parceiros em um relacionamento devem ser vistos como um todo interdependente, no qual cada um influencia o outro¹⁷.

Estudo que investigou fatores que contribuíram para a perda de aloenxertos renais e consequências associadas a pacientes pós-transplantes renais, também encontrou que a falta de apoio do cônjuge foi

associada à depressão e como consequência a diminuição da sobrevida após o transplante². Desse modo pode-se inferir que o sucesso do transplante renal está associado a adesão ao tratamento e maior sobrevivência com melhores resultados, o que depende, em parte, da estabilidade do casal, para auxiliar o paciente na gestão das necessidades da doença renal crônica e subsequente transplante.

Os achados deste estudo constataram maior frequência de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes sedentários, o que corrobora com um estudo que avaliou comportamentos relacionados à saúde e ao sofrimento psicológico em 116 transplantados renais, encontraram comportamentos relacionados à saúde de pacientes transplantados, avaliando estilo de vida sedentário mensurado pelo item atividade física. O resultado mostrou que houve uma diminuição significativa do estilo de vida sedentário no primeiro mês a 6 meses após o transplante. No entanto, de 6 meses a 1 ano houve declínio, com tendência ao agravamento pelo decurso do tempo. Estes mesmos autores concluem que fatores psicológicos podem influenciar alguns domínios da qualidade de vida, relacionada à saúde no pós-transplante, com afetação pelas comorbidades psiquiátricas, podendo apresentar ansiedade e sintomas de depressão, e enfatizam a necessidade de um modelo de assistência centrado no paciente, com protagonismo nas decisões de saúde e na manutenção do estilo de vida saudável, no intuito de minimizar o sofrimento emocional após transplante renal¹.

Ao associar a HADS a tipo de doador, encontrou-se que os receptores de doadores vivos apresentaram mais sintomas de ansiedade, divergindo de um estudo realizado com 217 transplantados renais que

encontraram mais sintomas de depressão em pacientes que receberam enxerto de doadores falecidos¹⁸. Esse mesmo estudo evidenciou que 5,7 anos após o transplante, 12,9% dos receptores apresentaram depressão associada a comorbidades físicas mais graves e mais comum nos que receberam rins de doadores falecidos.

No presente estudo observou-se que os transplantados renais há mais de 10 anos apresentam mais sintomas de depressão e ansiedade, possivelmente por receio da perda do enxerto e consequentemente retorno a hemodiálise. Esse achado corrobora com o estudo realizado na Varsóvia com 118 pacientes, cujas severidade dos sintomas de ansiedade e depressão entre os pacientes, foi se elevando ao longo do tempo desde a realização do transplante evidências apontam variações¹⁹. Também, a presença de sintomas depressivos pode estar relacionada à dificuldade de adesão ao tratamento necessário após o transplante.

No estudo realizado na Espanha com 116 transplantados renais que analisou comportamentos relacionados à saúde e sofrimento psíquico, evidenciou que a presença de sintomas de ansiedade e depressão aumentou 1 ano após o transplante, em 16% dos pacientes¹.

Pesquisa no Japão com 109 participantes, concluiu que o percentual de risco para depressão após o transplante diminui com o passar dos anos, assim sendo: em 2 anos tem-se queda de 23,5%; de 2 a 5 anos, 15%; de 5 a 10 anos, 14,3%; em 10 anos ou mais, 6,98%¹¹. Diante destes dados, considera-se a importância de esclarecer o paciente quanto ao transplante renal, tirando suas dúvidas e informando-lhe que se trata de um tratamento substitutivo cujo

objetivo é possibilitar melhor qualidade de vida, com melhoria nos aspectos social, emocional e psíquico, não representando cura²⁰.

Limitações do estudo

Algumas limitações foram encontradas no presente estudo: a primeira refere-se à dificuldade de compreensão de algumas questões do questionário HADS, por parte dos participantes de pesquisa, devido ao baixo nível sócio econômico e cultural, houve a necessidade de adaptar algumas expressões, utilizando uma linguagem mais acessível ao contexto; a segunda refere-se à escassez de estudos recentes publicados sobre o tema. Mesmo com algumas limitações os achados deste estudo, abrem possibilidades para a realização de outros na prática clínica da equipe transplantadora, a fim de identificar os sintomas iniciais de ansiedade e depressão evitando consequências que afetem a vida das pessoas vários aspectos.

Conclusão

O presente estudo confirmou que receptores de transplante renal são afetados por sintomas de ansiedade e depressão, culminando em sofrimento psicológico e alguns fatores influenciam diretamente no adoecimento psíquico do transplantado. Os resultados sugerem que estratégias de enfrentamento da questão devem ser alcançadas o que inclui: suporte multiprofissional e interdisciplinar humanizado sensível às demandas do paciente; promoção de protagonismo e reforço da autonomia para o autocuidado; conscientização quanto aos comportamentos de fatores de proteção e redução de fatores de risco; fomento de condições psicológicas ideais que reduzam o sofrimento emocional após o transplante renal.

Diante da complexidade que envolve o problema em questão, faz-se necessário que os profissionais que compõem a equipe de transplante estejam atentos a sinais sugestivos de desordens de natureza mental e comportamental como parte essencial no transplante renal, atuando na implementação do cuidado integral, humanizado e contextualizado, o qual inclui um olhar perspicaz às intercorrências possíveis no paciente transplantado.

Ressalta-se ainda que por ser uma pesquisa com seres humanos, há momentos em que o enfermeiro enquanto pesquisador se sensibiliza com os participantes da pesquisa, sentindo-se afetado pelas dificuldades por eles enfrentadas, tais como óbitos, perda do enxerto, desesperança na continuidade do tratamento e frustração pelo retorno às sessões de hemodiálise. Contudo, é necessário não somente conhecimento científico e habilidade técnica do profissional, mas também empatia para agir diante dessas situações, a fim de reconstruir suas próprias percepções e representações, componentes fundamentais para proporcionar confiança ao paciente no momento da pesquisa.

Referências

1. Costa-Requena G, Cantarell M, Moreso FJ, Parramon G, Seron D. Health-related behaviours after 1 year of renal transplantation. *J Health Psychol.* 2017;22(4):505-514.
2. Ndemera H, Bhengu B. Factors Contributing to Kidney Allograft Loss and Associated Consequences among Post Kidney Transplantation Patients. *Health Sci J.* 2017; 11(3).
3. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2011-2018) [Internet]. 2018 [cited 2019 Dez 11]; 25(3):1-89.

4. Thomé FS, Sesso RC, Lopes AA, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. *J Bras Nefrol.* 2019; 41(2):208-214.
5. Santos CM, Kirchmaier FM, Silveira WJ, Arreguy-Sena C. Percepções de enfermeiros e clientes sobre cuidados de enfermagem no transplante de rim. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(4):337-343.
6. Xie J, Liu J, Liu M, Yan J, Ding S, Ma K. Self-management and Related Psychosocial Variables Among Renal Transplant Patients. *Transplant Proc.* 2019; 51(3):734-741.
7. Roso Camila Castro, Kruse Maria Henriqueta Luce. A vida no Facebook: o cuidado de si de transplantados renais. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017; 38(2):e67430.
8. Bravin AM, Trettene AS, Cavalcante RS, Banin VB, Paula NAMR, Saranholi TL et al. Influência da espiritualidade sobre a função renal em pacientes transplantados renais. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(5):504-511.
9. Craig JA, Miner D, Remtulla T, Miller J, Zanussi LW. Piloting a Coping Skills Group Intervention to Reduce Depression and Anxiety Symptoms in Patients Awaiting Kidney or Liver Transplant. *Health Soc Work.* 2017; 42(1):e44-e52.
10. Ottaviani AC, Betoni LC, Pavarini SCI, Gramani SK, Zazzetta MS, Orlandi FS. Associação entre ansiedade e depressão e a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Texto Contexto - Enferm.* 2016; 25(3):e00650015.
11. Suzuki R, Nakamiyab Y, Watanabee M, Andof E, Tanichia M, Kogaa M, et al. Relationship between stress coping mechanisms and depression in kidney transplant recipients. *Transplant Proc.* 2019; 51(3):761-767.
12. Organização Pan-Americana De Saúde. Organização Mundial Da Saúde (OPAS/OMS). Folha informativa - Transtornos mentais. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, 2018. <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839>. Acesso em 20 out 2019.
13. Alencar EO, Silva GAS, Salgado Filho N, Santos EIF, Ferreira TCA, Corrêa RGCF. Estresse e ansiedade em transplante renal. *Rev Saúde Ciência Online.* 2015; 4(2):61-82.
14. Farahzadi M. Depression; Let's talk. *J Community Health Research.* 2017; 6(2):74-76.
15. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública.* 1995; 29(5):359-363.
16. Tkachenko D, Franke L, Peters L, Schiffer M, Zimmermann T. Dyadic Coping of Kidney Transplant Recipients and Their Partners: Sex and Role Differences. *Front Psychol.* 2019; 10:397.
17. Srifuengfung M, Noppakun K, Srisurapanont M. Depression in Kidney Transplant Recipients: Prevalence, Risk Factors, and Association With Functional Disabilities. *J Nerv Ment Dis.* 2017; 205(10):788-792.
18. Czyżewski Ł, Frelík P, Wyzgał J, Szarpak Ł. Evaluation of Quality of Life and Severity of Depression, Anxiety, and Stress in Patients After Kidney Transplantation. *Transplant Proc.* 2018; 50(6):1733-1737.
19. Evangelista FVP, et al. Characterization and clinical evolution of transplanted patients of a high complexity postoperative unit. *Rev Enferm UFPI.* 2018; 7(1):4-9.

ANEXO G – Fatores relacionados a função sexual em pacientes transplantados renais (2º artigo publicado)

FATORES RELACIONADOS A FUNÇÃO SEXUAL EM PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS

Resumo: Associar fatores sociodemográficos, clínicos à função sexual de pacientes transplantados renais em um Hospital Universitário no nordeste do Brasil. **Métodos:** Estudo transversal abordagem quantitativa, realizado no ambulatório de pós transplante, com 80 transplantados renais, maiores de 18 anos, ambos os sexos, no período de janeiro a dezembro de 2019. Utilizou-se formulário para caracterização sociodemográfica e clínica mais instrumento validado para avaliar função sexual (Quociente sexual masculino – QSM e Quociente sexual feminino – QSF). As variáveis categóricas foram descritas por frequências e porcentagem, variáveis quantitativas por média e desvio padrão; Teste-t de Student para amostras independentes ou Análise de Variância (ANOVA); Mann Whitney, Kruskal-Wallis ou Dunnet na ausência de normalidade; coeficiente de correlação de Spearman na correlação das variáveis. **Resultados:** Predomínio do gênero feminino (51,25%); ser do gênero masculino com idade entre 30 a 59 anos apresentaram melhor padrão e desempenho sexual. **Descritores:** Doença Renal Crônica, Transplante Renal, Sexualidade.

Factors related to sexual function in kidney transplant patients

Abstract: To associate sociodemographic and clinical factors with the sexual function of renal transplant patients in a University Hospital in northeastern Brazil. **Methods:** This is a cross-sectional quantitative approach, carried out in the post-transplant outpatient clinic, with 80 renal transplant recipients, older than 18 years, both sexes, from January to December 2019. A form was used for sociodemographic and clinical characterization plus validated instrument to assess sexual function (Male sexual quotient - QSM and Female sexual quotient - QSF). Categorical variables were described by frequencies and percentage, quantitative variables by mean and standard deviation; Student t-test for independent samples or Variance Analysis (ANOVA); Mann Whitney, Kruskal-Wallis or Dunnet in the absence of normality; Spearman's correlation coefficient in the correlation of the variables. **Results:** Predominance of females (51.25%); being male aged between 30 and 59 years had better pattern and sexual performance. **Descriptors:** Chronic Kidney Disease, Kidney Transplant, Sexuality.

Factores relacionados con la función sexual en pacientes con trasplante renal

Resumen: Asociar factores sociodemográficos y clínicos con la función sexual de los pacientes con trasplante renal en un Hospital Universitario en el noreste de Brasil. **Métodos:** Se trata de un enfoque cuantitativo transversal, llevado a cabo en la clínica ambulatoria posterior al trasplante, con 80 receptores de trasplante renal, mayores de 18 años, ambos sexos, de enero a diciembre de 2019. Se utilizó un formulario para caracterización sociodemográfica y clínica más un instrumento validado para evaluar la función sexual (Cociente sexual masculino - QSM y Cociente sexual femenino - QSF). Las variables categóricas fueron descritas por frecuencias y porcentajes, variables cuantitativas por desviación media y estándar; Prueba t del estudiante para muestras independientes o análisis de varianza (ANOVA); Mann Whitney, Kruskal-Wallis o Dunnet en ausencia de normalidad; Coeficiente de correlación de Spearman en la correlación de las variables. **Resultados:** El predominio de las mujeres (51,25%); ser hombres de entre 30 y 59 años tuvo un mejor patrón y rendimiento sexual. **Descritores:** Enfermedad Renal Crónica, Trasplante de Riñón, Sexualidad.

Darci Ramos Fernandes

Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Maranhão Doutoranda em Ciências Médicas pela UERJ.
E-mail: darci.fernandes@huufma.br

Iraennys Letycia Costa Miranda Clímaco

Enfermeira Residente no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão Especialista em Saúde Renal.
E-mail: letyciamiranda1@gmail.com

Maria Lucia Holanda Lopes

Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão Professora titular da Universidade Federal do Maranhão Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão.
E-mail: lucia.holanda@huufma.br

Ana Cleyde Carneiro Lima

Psicóloga do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão Mestranda em Ciências Médicas pela UERJ.
E-mail: ana.lima@huufma.br

Mara Alessandra Pereira Moreira

Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão Mestranda em Ciências Médicas UERJ.
E-mail: maraalessandrapm@hotmail.com

Sueli Coelho da Silva Carneiro

Prof. Associada de Dermatologia - FCM/UERJ Coordenadora da Residência e Especialização em Dermatologia - HUPE/UERJ Dermatologista e Reumatologista HUCFF/UFRRJ Docente dos Programas de Pós-graduação em Ciências Médicas/UERJ e Medicina/UFRRJ.
E-mail: sueli@hucff.ufrj.br

Submissão: 30/03/2021

Aprovação: 21/10/2021

Publicação: 17/12/2021

Como citar este artigo:

Fernandes DR, Clímaco ILCM, Lopes MLH, Lima ACC, Moreira MAP. Fatores relacionados a função sexual em pacientes transplantados renais. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(36):423-433.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.423-433>



Introdução

A doença renal crônica (DRC) é considerada um problema de saúde pública em escala global e sua prevalência aumentou de maneira significativa com o envelhecimento da população e suas doenças crônicas, representando um importante encargo financeiro nos sistemas de saúde a nível mundial¹. O aumento da sua incidência tem trazido desafios para saúde pública, sendo um problema social e econômico. Este número continuará aumentando se não forem adotadas estratégias para ações de saúde pública visando à prevenção e retardo da progressão da DRC².

A DRC define-se pela diminuição da função renal por um período de três meses ou mais, com implicações na saúde, independentemente do diagnóstico clínico, seguindo os critérios de: presença de albuminúria e diminuição da função renal, ou seja, taxa de filtração glomerular TFGe < 60 ml/min. O diagnóstico de DRC é realizado através de exames laboratoriais (creatinina) e urina (albuminúria)^{3,4}.

Atualmente a classificação da DRC deve ser feita baseada na causa, categoria TFG e albuminúria, que a partir de então permite identificar os riscos de situação adversa, relacionados ao comprometimento renal e óbito. Salienta-se estabelecer a causa da DRC para traçar o tratamento específico afim de modificar a projeção de risco⁴.

Os estágios da DRC são divididos em 5 faixas de acordo com a taxa de filtração glomerular e albuminúria. Quando a TFG se encontra inferior a 15ml/min/1.73m², o paciente está na fase terminal ou dialítica, necessitando de Terapia Renal Substitutiva (TRS), disponível na modalidade: diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal

intermitente (DPI), diálise peritoneal automatizada (DPA), hemodiálise (HD) e o transplante renal^{4,5}.

O transplante renal é considerado o tratamento de melhor escolha por pacientes que possuem doença renal crônica terminal (DRCT), pois além de permitir um aumento na sobrevida e melhor qualidade de vida quando comparado as outras modalidades de tratamento para DRCT, ele acarreta menos gastos a longo prazo a saúde⁶⁻⁸.

O diagnóstico de DRC envolve uma readaptação nas diferentes esferas da vida do paciente, levando-o a encarar variadas mudanças em sua condição física, psicológica, afetiva, em seu sistema de vida, suas ligações familiares, de trabalho e em seu entorno, e que afetam sua vida como um todo⁹.

Entre as várias alterações que surgem em pacientes transplantados renais, a disfunção sexual é um problema prevalente nesta população. Que tem repercussão na qualidade de vida e bem-estar, autoestima e relações interpessoais⁷. Deste modo, o funcionamento sexual é um dos primeiros pontos a serem acometidos da vida "normal", pois afeta a vida dos pacientes pelos sistemas físicos e emocionais⁹.

Nos pacientes transplantados, a incorporação de um novo órgão no corpo gera um reajustamento da imagem corporal, com possibilidades de desencadear efeitos psicológicos negativos, tal como repercussões na sua intimidade e na sua resposta sexual¹⁰.

Verifica-se a necessidade de que os pacientes transplantados renais sejam ajudados em suas expectativas à sua função sexual, de modo que compreendam que, apesar do transplante renal melhora a saúde sexual, ainda persiste disfunção sexual neste grupo⁷.

Constata-se a partir do exposto, a importância de verificar a associação entre fatores sociodemográficos e clínicos à função sexual em pacientes transplantados renais, principalmente, pelo impacto negativo que impõe na vida desses pacientes.

Material e Método

Estudo transversal, observacional e descritivo com abordagem quantitativa. A coleta dos foi realizada no período de janeiro a dezembro de 2019, utilizando-se formulário para caracterização sociodemográfica e clínica elaborado para este estudo, além de questionários validados e traduzidos para língua portuguesa. O público deste estudo foi composto por pacientes transplantados renais, em acompanhamento no ambulatório de pós-transplante do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, o único no Estado a atender este público específico. A amostra foi constituída por 80 pacientes.

Foram incluídos no estudo pacientes a partir de 6 meses de transplante renal, idade maior ou igual a 18 anos na época do TR (Transplante renal), ambos os gêneros, com bom funcionamento do enxerto, em acompanhamento ambulatorial regular no serviço no período da pesquisa e que concordaram em participar do estudo. Os dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida foram obtidos por meio de instrumento estruturado elaborado para caracterizar a população do estudo.

Os dados relacionados ao diagnóstico e tratamento, foram coletados do prontuário eletrônico do paciente. Considerando a possibilidade de algum participante do estudo apresentar problemas visual e/ou baixo nível instrucional, a aplicação dos instrumentos foi realizada por meio de entrevista individual, onde são explicados os objetivos do estudo

e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram utilizados os questionários: Quociente sexual masculino (QS-M) e Quociente sexual feminino (QS-F), desenvolvidos e validados no Brasil para avaliar a função sexual mediante dez questões auto responsivas e com linguagem acessível, abrangendo os diferentes elementos funcionais e relacionais pertinentes a desempenho/satisfação sexual de ambos os sexos. O escore total do QS-M e do QS-F varia de 0 a 100 e, quanto maior o valor, melhor o desempenho/satisfação sexual.

O quociente sexual masculino avalia a função sexual masculina e outros domínios, além das diversas etapas do ciclo de resposta sexual, contemplando desejo (questão 1), autoconfiança (questão 2), qualidade da ereção (questão 5 a 7), controle da ejaculação 24 (questão 8), capacidade de atingir o orgasmo (questão 9), e satisfação sexual geral do indivíduo (questões 3, 4 e 10) e de sua parceira (questões 3 e 10) com as preliminares e o intercursos¹¹.

O quociente sexual feminino avalia a função sexual feminina e outros domínios, além das diversas etapas do ciclo de resposta sexual. As questões 1, 2 e 8 do QS-F avaliam o desejo e o interesse sexual; a questão 3 avalia as preliminares; excitação pessoal e sintonia com o parceiro são avaliadas nas questões 4 e 5; as questões 6 e 7 avaliam o conforto da paciente no ato sexual; orgasmo e satisfação sexual são avaliados nas questões números 9 e 10, respectivamente¹². A análise dos instrumentos foi realizada de acordo com os critérios estabelecidos pelos autores nas versões em português.

As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências e porcentagem e as variáveis

quantitativas com média e desvio padrão, também foram utilizados Teste-t de Student para amostras independentes ou Análise de Variância (ANOVA); Mann Whitney, kruskal-Wallis ou Dunnet na ausência de normalidade; coeficiente de correlação de Spearman para correlação das variáveis. O nível de significância estabelecido foi de 5% ($p < 0,05$).

Este estudo atende as exigências das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução do Conselho Nacional da Saúde - CNS 466/2012), todos os pacientes foram informados a respeito dos objetivos e procedimentos do estudo e participaram voluntariamente, conforme determina a resolução. Esta pesquisa está vinculada ao Projeto de Pesquisa intitulado "Avaliação da função sexual associada à qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes dialíticos e transplantados renais", submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, obtendo parecer favorável sob a CAAE: 95174518.6.0000.5086.

Resultados

Os resultados encontrados através da caracterização sociodemográfica estão descritos na (tabela 1) e os resultados clínicos na (tabela 2) seguidos das avaliações dos formulários de Quociente sexual masculino (QS-M) e Quociente sexual feminino (QS-F), obtidos nessa população (tabela 3). A partir deste estudo pudemos analisar a associação de fatores relacionados à função sexual.

Dentre os 80 pacientes que aceitaram participar deste estudo, constatou-se que 41 (51,25%) eram do gênero feminino, com idades entre 18 a 72 anos, sendo a média do estudo de 41.9 (DP=12) dos pesquisados; declararam-se pardos 55 (68,75%); 36 (45%) eram provenientes de outros municípios do estado; 32 (40%) possuíam ensino médio; 54 (67,5%) moram com companheiro fixo; 49 (61,25%) informaram religião católica; 52 (65%) recebiam entre 1 e 2 salários mínimos; 42 (52%) recebiam benefícios do governo ou são pensionistas.

Tabela 1. Características sociodemográficas de pacientes transplantados renais. São Luís - MA, 2020. (n=80).

VARIÁVEIS	N	%	Média ± DP
Gênero			
Masculino	39	48,75	
Feminino	41	51,25	
Idade (anos)			
18 - 29 anos	14	17,50	41,90 ± 12,85
30 - 59 anos	57	71,25	
≥ 60 anos	9	11,25	
Amplitude (valor máx - valor mín)	(72,00 - 18,00)		
Raça/Cor			
Branca	10	12,50	
Negro	14	17,50	
Pardo	55	68,75	
Índio	1	1,25	
Procedência			
São Luís	32	40,00	
Região metropolitana de São Luís	11	13,75	
Outros municípios do estado	36	45,00	

Fernandes DR, Clímaco ILCM, Lopes MLH, Lima ACC, Moreira MAP. Fatores relacionados a função sexual em pacientes transplantados renais. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(36):423-433.

Outros estados	1	1,25
Escolaridade		
Analfabeto	2	2,50
Ensino fundamental incompleto	14	17,50
Ensino fundamental completo	6	7,50
Ensino médio incompleto	13	16,25
Ensino médio completo	32	40,00
Educação superior incompleta	3	3,75
Educação superior completa	10	12,50
Estado civil		
Com companheiro fixo	54	67,50
Sem companheiro fixo	26	32,50
Religião		
Católico	49	61,25
Evangélico	28	35,00
Espírita	2	2,50
Sem religião definida	1	1,25
Renda (Salário Mínimo) *		
Menor que 1 salário	8	10,00
Entre 1 e 2 salários	52	65,00
Entre 3 e 5 salários	12	15,00
Acima de 5 salários	8	10,00
Situação de trabalho		
Ativo	8	10,00
Aposentado / atividade remunerada	3	3,75
Desempregado	4	5,00
Recebe benefício/ pensionista	42	52,50
Trabalha em casa (sem remuneração)	14	17,50

*Salário mínimo de R\$ 998,00

Na tabela 2, o tempo de diagnóstico de doença renal crônica (DRC) dos participantes da pesquisa variou de 2 anos e 8 meses a 30 anos, o período de tratamento hemodialítico de 2 meses a 13 anos; o tempo de transplante renal de 6 meses a 20 anos; (50%) receberam o órgão de doador vivo; as idades dos doadores variaram de 3 anos a 64 anos; 15.38% apresentaram diabetes pós transplante; 95% estavam com a pressão arterial alterada no dia na consulta; 7.5% apresentam obesidade; 36,25 apresentavam sobrepeso; 45% informaram praticar atividade física regularmente; 5% faziam uso de bebida alcoólica; 3,75% eram fumantes.

Fernandes DR, Clímaco ILCM, Lopes MLH, Lima ACC, Moreira MAP. Fatores relacionados a função sexual em pacientes transplantados renais. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(36):423-433.

Tabela 2. Características clínicas de pacientes transplantados renais. São Luís MA, 2020. (n=80).

VARIÁVEIS	N	%	Média ± DP
Tempo de diagnóstico (anos)			13,05 ± 6,26
Até 5 anos	9	11,25	
6 – 10 anos	20	25,00	
11 – 20 anos	42	52,50	
> 20 anos	9	11,25	
Amplitude (Valor máximo – Valor mínimo)	(30,00 – 2,80)		
Tempo de hemodiálise (anos)			3,74 ± 2,70
Até 2 anos	26	32,50	
3 – 4 anos	25	31,25	
5 – 6 anos	15	18,75	
> 6 anos	14	17,50	
Amplitude (Valor máximo – Valor mínimo)	(13,00 – 0,11)		
Tempo de transplante (anos)			7,97 ± 5,61
Até 5 anos	36	45,00	
6 – 10 anos	16	20,00	
11 – 20 anos	26	32,50	
> 20 anos	2	2,50	
Amplitude (Valor máximo – Valor mínimo)	(26,00 – 0,60)		
Tipo de doador			
Vivo	40	50,00	
Falecido	40	50,00	
Idade do doador (anos)			37,87 ± 12,45
Até 18 anos	3	3,75	
19 – 30 anos	19	23,75	
31 – 50 anos	47	58,75	
> 50 anos	11	13,75	
Amplitude (Valor máximo – Valor mínimo)	(64,00 – 3,00)		
Diabetes pós transplante			
Sim	12	15,38	
Não	68	84,62	
Pressão arterial			
Normal	4	5,00	
Alterada	76	95,00	
Índice de Massa Corpórea (Kg/m²)			
Baixo peso (IMC 16 a <18,4)	7	8,75	
Peso adequado (18,5 a <25)	38	47,50	
Sobrepeso (25,0 a 29,9)	29	36,25	
Obesidade (≥30)	6	7,50	
Frequência de atividade física			
Regularmente	36	45,00	
Esporadicamente	10	12,50	
Não realiza	34	42,50	
Faz uso de bebidas alcoólicas			
Sim	4	5,00	
Não	76	95,00	
Fumante			
Sim	3	3,75	
Ex fumante	20	25,00	
Nunca fumou	57	71,25	

Na tabela 3, verificou-se o padrão e desempenho sexual entre os gêneros, onde constatou-se significância estatística e o gênero masculino (58,97%) apresentou melhor padrão e desempenho sexual e o gênero feminino (19,51%), apresentou padrão e desempenho sexual entre nulo a ruim.

Tabela 3. Distribuição da interpretação das respostas do Questionário Quociente Sexual com a saúde entre os gêneros. São Luís - MA, 2020. (n=80).

VARIÁVEIS	Geral		Masculino		Feminino		P-valor n
	n	%	n	%	n	%	
Padrão e desempenho sexual							0,008*
Bom a excelente	38	47,50	23	58,97	15	36,59	
Regular a bom	23	28,75	13	33,33	10	24,39	
Desfavorável a regular	7	8,75	2	5,13	5	12,20	
Ruim a desfavorável	4	5,00	1	2,56	3	7,32	
Nulo a ruim	8	10,00	0	-	8	19,51	

*Exato de Fisher; # Qui-quadrado

Na tabela 4, o resultado do questionário de Quociente Sexual foi associado às variáveis idade, gênero, tempo de hemodiálise, tipo de doador e tempo de transplante. Observou-se significância estatística ao associar sexualidade às idades de 30 a 59 anos, quanto ao gênero, verificou-se que o gênero masculino está associado a um melhor padrão de desempenho sexual. Não houve significância estatística quando a função sexual foi associada a tempo de hemodiálise, entretanto os transplantados renais que realizaram até 5 anos de hemodiálise apresentaram os maiores escores para sexualidade. Não houve significância estatística ao associar sexualidade e tipo de doador (vivo ou falecido), porém os receptores de doadores falecidos obtiveram os maiores escores. Não houve significância estatística ao associar sexualidade e tempo de transplante, todavia, os maiores escores foram encontrados nos transplantados há mais de 10 anos.

Tabela 4. Características sociodemográficas, clínicas e a distribuição dos resultados obtidos no Quociente Sexual de pacientes transplantados renais. São Luís - MA, 2020. (n=80).

VARIÁVEIS	Quociente Sexual	
	Mediana (Q3 – Q1)	p-valor
Idade (anos)		
18 - 29 anos	75,00 A (84,0 – 64,0)	0,008
30 – 59 anos	82,00 A (94,0 – 70,0)	+ (A>a)
≥ 60 anos	20,00 a (68,0 – 20,0)	
Gênero		
Masculino	82,00 (98,0 – 76,0)	0,002
Feminino	70,00 (90,0 – 34,0)	π
Tempo de hemodiálise		
Até 5 anos	81,00 (94,0 – 68,0)	0,139
Acima de 5 anos	76,00 (90,0 – 34,0)	π
Tipo de doador		0,238

Falecido	81,00 (95,0 – 69,0)	π
Vivo	76,00 (88,0 – 52,0)	
Tempo de transplante		
De 6 meses a 10 anos	79,00 (91,0 – 60,0)	0,804
Acima de 10 anos	80,00 (94,0 – 67,0)	π

DP- Desvio padrão; #Anova (Bonferroni - A > a) ;* Kruskal - Wallis (Dunnet - A>a); ∞ Teste-t para amostras independentes; π Mann Whitney

DISCUSSÃO

Neste estudo observou-se correlação estatisticamente significativa entre as variáveis gênero, idade e estado civil.

Ao associar ao padrão/desempenho sexual e gênero, este estudo apresentou melhor padrão e desempenho sexual o gênero masculino (58,97%) apontando como bom a excelente e padrão de desempenho sexual feminino como nulo a ruim (19,51%). Diferente do nosso resultado, em uma pesquisa com 110 pessoas transplantadas, sendo 79 do sexo masculino e 31 do sexo feminino, encontrou que nos indivíduos do sexo masculino, 94,9% apresentaram disfunção sexual, sendo as dimensões mais afetadas o desejo sexual e a satisfação sexual; a satisfação geral; a função erétil e a função orgásmica. Nos indivíduos do sexo feminino observa-se uma relação igualmente negativa¹³.

Assuntos de ordem sexual trazem grande ansiedade para os dois gêneros. Para os homens põem em ameaça sua masculinidade, já para as mulheres deparam-se com possibilidade de infertilidade, alterações no ciclo menstrual, irregularidades na duração do ciclo ou abundância no fluxo, ausência de ovulação e em caso de gravidez há elevado risco de aborto¹⁴.

Um estudo com 58 pacientes em que analisou a associação entre os diagnósticos de enfermagem, os fatores relacionados e as características definidoras presentes em pacientes transplantados, apontou disfunção sexual e padrão de sexualidade ineficazes como diagnósticos prevalentes nessa população¹⁵. Em outro estudo, verificou-se melhoria na função sexual após a realização de transplante de rim, principalmente em mulheres mais jovens e com bom funcionamento de enxerto. Os pacientes receptores de doadores vivos femininos tendem a apresentar melhor função sexual do que aqueles pacientes que recebem órgãos de doadores falecidos.

Alguns autores enfatizam que pouca atenção é dada a função sexual feminina e discussões acerca dessa temática ainda continuam sendo uma barreira significativa para pesquisa clínica e menos tratamentos são disponibilizados. Fazendo uma comparação com o que se discute acerca da função sexual do homem, o comportamento sexual da mulher é pouco abordado^{16,17}. No presente estudo, percebeu-se que os homens apresentam maior tendência não falar sobre problemas sexuais.

O transplante renal tem efeitos positivos na função sexual e no estado menstrual e hormonal da mulher, e frequentemente é restaurada a menstruação e a fertilidade pela normalização do

perfil hormonal¹⁸. Ainda é possível que o paciente ao receber transplante renal possa ter sua capacidade sexual preservada¹⁹.

Neste estudo, ao relacionar função sexual à idade constatou-se que pacientes na faixa etária entre 30 a 59 anos tem um melhor padrão de desempenho sexual. Um resultado contrário foi encontrado em investigação com 78 pacientes em que a função erétil foi avaliada durante a visita inicial e 1 ano após transplante renal, usando o questionário Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)²⁰. Pacientes com idade ≥ 45 anos não relataram variações significativas em qualquer domínio IIEF, enquanto pacientes com idade < 45 anos relataram uma diminuição significativa na pontuação total média do IIEF devido a variações nos escores dos domínios para função erétil, desejo sexual e satisfação geral, ou seja, a prevalência de disfunção erétil foi superior para os transplantados com idade inferior a 45 anos²⁰, enquanto que em nosso estudo os transplantados com idades entre 30 e 59 anos apresentaram melhor desempenho sexual.

Em estudo semelhante⁷, ao relacionar idade e o função sexual entre os gêneros, constatou-se correlações negativas, como diminuição do desejo sexual, função erétil e satisfação geral nos homens à medida que a idade avança, e nas mulheres foi evidenciado diminuição da lubrificação, do desejo/excitação, do orgasmo, da satisfação e agravamento da dor à medida que envelhecem, ou seja, à medida que a idade avança o funcionamento sexual da pessoa transplantada renal diminui.

Várias pesquisas apontam que os problemas com a função sexual são dominantes na população das pessoas transplantadas renais e os problemas a nível sexual têm repercussões nos diversos aspectos da vida

do paciente, na qualidade de vida, bem-estar, autoestima e relações interpessoais^{13,17-19}.

É provável que em algum momento o transplantado renal possa apresentar um padrão de sexualidade ineficaz ou disfunção sexual, sugerindo que esse paciente deva ser avaliado pela equipe de enfermagem, para que intervenções adequadas sejam realizadas, visto que tal equipe tem desempenhado um papel importante, com intervenções relevantes constituindo assim um pilar essencial para o paciente transplantado renal, pois essa equipe atua de forma mais próxima a ele, observa seus problemas e dificuldades, analisando-os para a elaboração da melhor solução para superá-los²⁰.

Observa-se que nem sempre os pacientes transplantados recebem as orientações adequadas, o que demonstra que o profissional de enfermagem deve sempre buscar aprimoramento e qualificação, a fim de fornecer a melhor assistência aos pacientes, além de proporcionar uma melhoria em sua qualidade de vida e recuperação^{13,21}.

Limitações do estudo

Algumas limitações foram encontradas no presente estudo, tais como a dificuldade de compreensão de algumas questões dos questionários de sexualidade, por parte dos participantes de pesquisa, devido ao baixo nível socioeconômico e cultural. Por essa razão houve a necessidade de adaptar algumas expressões, utilizando linguagem mais acessível ao contexto; também a escassez de estudos recentes publicados sobre o tema. Mesmo com essas limitações os achados deste estudo, abrem possibilidades para a realização de outros na prática clínica da equipe transplantadora, a fim de identificar os problemas relacionados a sexualidade d

transplantados renais evitando consequências que afetem a vida das pessoas vários aspectos.

Conclusão

Neste estudo ao associar padrão/desempenho sexual e gênero, o gênero masculino apresentou melhor padrão e desempenho sexual apontando como bom a excelente, enquanto o gênero feminino apresentou padrão de desempenho sexual feminino como nulo a ruim. Ao relacionar função sexual à idade, constatou-se que pacientes que estão na faixa etária entre 30 a 59 anos tem um melhor padrão de desempenho sexual.

Os transplantados renais que realizaram até 5 anos de hemodiálise, os receptores de doadores falecidos e os transplantados há mais de 10 anos, apresentaram os maiores escores para sexualidade, embora sem significância estatística.

Os resultados da investigação sugerem que a equipe de saúde deve assistir o paciente transplantado de maneira integral de modo a observar todos os aspectos de sua vida, incluindo a sua função sexual, além de promover a continuidade de cuidados, com uma equipe multiprofissional estruturada com intervenção formativa, que proponha intervenções e avalie seus resultados a fim de que se proponham melhorias na qualidade de vida do paciente transplantado. Sugere-se ainda que os transplantados renais sejam orientados em relação à sua função sexual, para que entendam que embora o transplante renal melhore a saúde sexual, a prevalência da disfunção sexual é comum.

Referências

1. Kim KM, Oh HJ, Choi HY, Lee H, Ryu DR. Impact of chronic kidney disease on mortality: A nationwide cohort study. *Kidney Res Clin Pract.* 2019; 38(3):382-390.

2. Sousa L, Marques-Vieira C, Severino S, Gomes JC, et al. Análise fatorial com Inmatória da depression anxiety stress scale em pessoas com doença renal crônica. *Rev Portuguesa Enferm Saúde Mental.* 2017; (Spe. 5):13-18.

3. Maciel de Oliveira C, dos Santos EBA, Bermude BEBV, Ferreira LR, Tizzot EA, Mourão Júnior CA. A importância do médico de atenção primária no rastreamento e diagnóstico precoce da doença renal crônica. *Rev Cienc Saude.* 2019; 9(2):3.

4. Levin A, Stevens PE, Bilous RW, Coresh J, Francisco ALM, Jong PE, et al. Kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO) CKD work group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements,* 2013; 3(1):1-150.

5. Zanesco C, Giachini E, Abrahão CAF et al. Qualidade de vida em pacientes hemodialíticos: avaliação através do questionário KDQOL-SF™. *Saúde Com.* 2017; 13(1):818-823.

6. Alnasrallah B, Goh TL, Chan LW, Manley P, Pilmore H. Transplantation and diabetes (Transdiab): a pilot randomised controlled trial of metformin in impaired glucose tolerance after kidney transplantation. *BMC Nephrol.* 2019; 20(1):147.

7. Gonçalves PRC, et al. La función sexual de la persona con trasplante renal. *Rev Enferm Referência.* 2019; 47-58.

8. Ramírez-Perdomo CA, Solano-Ruiz MC. A construção social da experiência de viver com uma doença renal crônica. *Rev Latino Am Enferm.* 2018; 26:e3028.

9. Mendes KDS, Almeida MCP. Sexualidade e transplante de órgãos. *RBM - Rev Bras Medicina.* 2013; 70:27-32.

10. Mota R. Disfunção Sexual Masculina após Transplantação Renal: Influência do Tempo Pós-Transplantação Renal e do Impacto da Imagem Corporal na Satisfação Sexual Pós-Transplantação. 2017. 118 f. Dissertação (Medicina Sexual no Curso de Mestrado Transdisciplinar de Sexologia) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, [S. l.]. 2017.

11. Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual - versão masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem. *RBM Rev Bras Med.* 2006; 63(1/2):42-46.

12. Abdo CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliara atividade sexual da mulher. *Diagn Tratamento*. 2009; 14(2):89-90.
13. Coelho-Gonçalves PR, Loureiro LM, et al. Sexual function of kidney transplant recipients. *Rev Enferm Referência*. 2019; 4(21):47-56.
14. Macedo LOS, Teixeira MGFD. Alterações vivenciadas na doença renal crônica: impacto na percepção da autoimagem e sexualidade. *Rev Saúde Desenvolvimento*. 2016; 9(5):165-177.
15. Lira ALBC, Lopes MVO. Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(1):108-114.
16. Brasil APV, Abdo CHN. Transtornos sexuais dolorosos femininos. *Rev Diagnóstico Tratamento*. 2016; 2(21):89-92.
17. Cabral JF, Cavadas V, Ramos MS, Fraga A, Martins ML, Rocha A, et al. Female sexual function and depression after kidney transplantation: comparison between deceased- and living-donor recipients. *Transplantation Proceedings*. 2015; 47(4):989-991.
18. Filocamo MT, Zanazzi M, Li Marzi V, Popolo G, Mancini G, Salvadori M, et al. Sexual dysfunction in women during dialysis and after renal transplantation. *J Sex Med*. 2009; 6(11):3125-3131.
19. Antonucci M, Palermo G, Recupero SM, Bientinesi R, Presicce F, Foschi N, et al. Male sexual dysfunction in patients with chronic end-stage renal insufficiency and in renal transplant recipients. *Arch Ital Urol Androl*. 2016; 87(4):299-305.
20. Mirone V, Longo N, Fusco F, Verze P, Creta M, Parazzini F, Imbimbo C. Renal transplantation does not improve erectile function in hemodialysed patients. *European Urology*. 2009; 56(6):1047-1054.
21. Marques RVS, Freitas VL. Importância da assistência de enfermagem no cuidado ao paciente transplantado renal. *Rev Enferm UFPE online*. 2018; 12(12):3436-44.

ANEXO H – Função sexual, qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em receptores de transplantes renais (3º artigo publicado)

Research, Society and Development, v. 11, n. 15, e557111537814, 2022
(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37814>

Função sexual, qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em receptores de transplantes renais

Sexual function, quality of life and symptoms of anxiety and depression in kidney transplant recipients

Función sexual, calidad de vida y síntomas de ansiedad y depresión en receptores de trasplante renal

Recebido: 11/11/2022 | Revisado: 18/11/2022 | Aceitado: 19/11/2022 | Publicado: 27/11/2022

Darci Ramos Fernandes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8950-3111>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: darcy.ramos10@gmail.com

Gleysle Ramos Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6412-8589>
Faculdade Santa Terezinha - Cest do Maranhão, Brasil
E-mail: gleysler@gmail.com

Tânia Pavão Oliveira Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5596-1640>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: tania.rocha@huufma.br

Elizabeth Santos de Andrade Malheiros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9374-0010>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: elizabeth.malheiros@huufma.br

Mara Alessandra Pereira Moreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7391-2658>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: mara.moreira@huufma.br

Vivian Brito Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7866-8110>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: vivian.brito@ufma.br

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6451-5156>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: rita.carvalho@huufma.br

Sueli Coelho da Silva Carneiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7515-2365>
Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: sueli@hucff.uffrj.br

Resumo

Objetivo: associar função sexual, qualidade de vida (QV), sintomas de ansiedade e depressão aos aspectos sociodemográficos e clínicos em receptores de transplante renal. Métodos: Estudo transversal realizado no nordeste do Brasil, em um Hospital Universitário de referência no estado Maranhão para realização de transplantes, dados coletados no período de janeiro a dezembro de 2019, amostra de 240 transplantados renais, > 18 anos no momento do transplante, seguimento ambulatorial regular; qualidade de vida, função sexual, sintomas de ansiedade e depressão foram avaliados utilizando WHOQOL-bref, Quociente Sexual - versão masculina (QSM) e feminina (QSF), Escala de medida de ansiedade e depressão hospitalar (HADS); pressupostos de normalidade foram avaliados pelo teste Shapiro Wilk, comparação das médias foi utilizado Teste-t de Student para amostras independentes ou Análise de Variância (ANOVA) com post-hoc Bonferroni, na ausência de normalidade foram utilizados Mann Whitney e Kruskal Wallis com post-hoc Dunnet. Resultados: participantes tinham idade média de 42 anos, 123 mulheres apresentaram escores mais baixos para QV geral ($p=0,001$), função sexual geral baixa ($p<0,001$), níveis mais altos de sintomas de ansiedade ($p=0,002$) e sintomas depressivos ($p<0,001$); função sexual e QV negativamente influenciadas por características sociodemográficas e clínicas. Conclusão: importante ressaltar a necessidade de especificar com mais clareza sobre fatores pessoais, ambientais e clínicos que influenciam negativamente os resultados da QV, pois, uma melhor compreensão desses fatores é essencial para desenvolver intervenções que melhorem a QV e a função sexual no contexto do transplante e minimizem os sintomas de ansiedade e depressão.

Palavras-chave: Transplante renal; Sexualidade; Qualidade de vida; Ansiedade; Depressão.

Abstract

Objective: to associate sexual function, quality of life (QOL), symptoms of anxiety and depression with sociodemographic and clinical aspects in kidney transplant recipients. Methods: Cross-sectional study carried out in the northeast of Brazil, in a reference University Hospital in the state of Maranhão for performing transplants, data collected from January to December 2019, sample of 240 kidney transplant recipients, > 18 years in time of transplantation, regular outpatient follow-up; quality of life, sexual function, anxiety symptoms and depression were assessed using WHOQOL-bref, Sexual Quotient – male version (QSM) and female version (QSF), Hospital Anxiety and Depression Measurement Scale (HADS); normality assumptions were evaluated by the Shapiro Wilk test, comparison of means was used Student t-test for independent samples or Analysis of Variance (ANOVA) with post-hoc Bonferroni, in the absence of normality, Mann Whitney and Kruskal Wallis with post hoc Dunnet. Results: participants had a mean age of 42 years, 123 women had lower scores for general QOL ($p=0.001$), low general sexual function ($p<0.001$), higher levels of anxiety symptoms ($p = 0.002$) and depressive symptoms ($p < 0.001$); sexual function and QOL negatively influenced by sociodemographic and clinical characteristics. Conclusion: it is important to emphasize the need to specify with more clarity about personal, environmental and clinical factors that negatively influence QOL outcomes, therefore, a better understanding of these factors is essential to develop interventions that improve QOL and sexual function in the context of transplantation and minimize symptoms of anxiety and depression.

Keywords: Kidney transplantation; Sexuality; Quality of life; Anxiety; Depression.

Resumen

Objetivo: asociar función sexual, calidad de vida (CV), síntomas de ansiedad y depresión con aspectos sociodemográficos y clínicos en receptores de trasplante de riñón. Métodos: Estudio transversal realizado en la Región Nordeste de Brasil, en un Hospital Universitario de referencia en la provincia de Maranhão para la realización de trasplantes, datos recopilados de enero a diciembre de 2019, muestra de 240 receptores de trasplante de riñón, > 18 años en momento del trasplante, seguimiento ambulatorio regular; calidad de vida, función sexual, síntomas de ansiedad y depresión fueron evaluados utilizando WHOQOL-bref, Cociente sexual - masculino (QSM) y femenino (QSF), Escala de Medición de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS); supuestos de normalidad fueron evaluados por la prueba de Shapiro Wilk, comparación de medias por la Prueba T de Student para muestras independientes o Análisis de Varianza (ANOVA) con post-hoc Bonferroni, en ausencia de normalidad, Mann Whitney y Kruskal Wallis con post hoc Dunnet. Resultados: los participantes tenían una edad media de 42 años, 123 mujeres tenían puntajes más bajos para la calidad de vida general ($p = 0,001$), función sexual general baja ($p < 0,001$), niveles más altos de síntomas de ansiedad ($p = 0,002$) y síntomas depresivos ($p < 0,001$); función sexual y calidad de vida negativamente influidas por características sociodemográficas y clínicas. Conclusión: es importante enfatizar la necesidad de especificar con más claridad sobre los factores personales, ambientales y clínicos que influyen negativamente en los resultados de la calidad de vida, por lo tanto, una mejor comprensión de estos factores es esencial para desarrollar intervenciones que mejoren la CV y la función sexual en el contexto del trasplante y minimizar los síntomas de ansiedad y depresión.

Palabras clave: Trasplante de riñón; Sexualidad; Calidad de vida; Ansiedad; Depresión.

1. Introdução

O transplante renal foi introduzido como terapia substitutiva em larga escala a partir da década de 1960, alcançando expressivo e crescentes índices de sucesso na década de 1980, tendo se destacado como opção terapêutica por estar associado à maior sobrevida e qualidade de vida aos receptores (Taminato et al., 2015).

Silva et al. (2020), destacam que o transplante renal é uma opção de tratamento válida para a doença renal crônica terminal (DRCT), a única capaz de corrigir, além da função emunctoria, anormalidades metabólicas, hematológicas e endócrinas, permitindo que a maioria dos pacientes obtenha uma melhor qualidade de vida, sendo considerado a forma mais eficaz de terapia renal substitutiva (TRS) por proporcionar um aumento na sobrevida do paciente a longo prazo, e uma melhor qualidade de vida se comparado às outras formas de TRS (De Sousa Matos et al., 2016).

Um transplante renal bem-sucedido libera os pacientes das restrições da diálise e permite maior independência, visto que recuperam parcela suficiente das capacidades que tinham antes da doença renal crônica e favorece maior liberdade de tempo e mobilidade, bem como a possibilidade de realizar um trabalho remunerado (Cardoso et al., 2013).

Segundo Rudnicki (2014), o transplante oferece melhores possibilidades de reabilitação, diminuição de restrições e menor custo social, melhoria da qualidade de vida, incremento da capacidade funcional, redução da dor, melhoria do estado geral

de saúde, resgate de expectativas e planejamentos, maior integração social e maior força de trabalho. Entretanto, apesar de o transplante renal trazer esperança de uma vida próxima à normalidade, o processo de preparação para a cirurgia é, muitas vezes, demorado, pois envolve uma série de avaliações médicas, cirúrgicas e psicossociais aos candidatos a receptor e ao doador.

Um transplante realizado em tempo hábil é a maior expectativa do renal crônico, mas, apesar de representar uma alternativa de tratamento, não é garantia de cura quando se consideram as implicações que envolvem a cirurgia e o pós-operatório. Também é um tratamento que apresenta excelente prognóstico, mas, tem como fatores dificultadores as grandes filas de espera e a incompatibilidade de doadores (Knhs et al, 2013).

Apesar do progresso da ciência e tecnologia médica neste campo, permanecem problemas que afetam a quantidade de transplantes implementados, bem como o seu sucesso. Além do número insuficiente de órgãos doados por doadores falecidos ou vivos, uma das principais dificuldades para a realização do transplante renal (TxR), é o manejo das vias pré e pós-transplante, muitas vezes exclusivamente médico-cirúrgicas, o que exclui a importância da integridade entre mente e corpo. O transplante é um evento muito exigente e particularmente estressante que exige que o paciente implemente suas habilidades biopsicossociais para aceitar e integrar o novo órgão física e mentalmente. Essa cirurgia, portanto, envolve inúmeras mudanças psicológicas, existenciais, afetivas, relacionais e sociais tanto para o paciente candidato quanto para seu contexto familiar (De Pasquale et al., 2020).

A sobrevida após o transplante varia de acordo com a saúde do paciente e a qualidade do órgão transplantado. Em geral, os pacientes que obtêm o maior benefício dos transplantes em termos de anos de vida ganhos são os diabéticos, principalmente os mais jovens. Aqueles com idades entre 20 e 39 anos vivem cerca de 8 anos em diálise versus 25 anos após o transplante (Augustine, 2018). O transplante renal é considerado a forma mais eficaz de TRS por proporcionar um aumento na sobrevida do paciente a longo prazo, e uma melhor qualidade de vida se comparado às outras formas de TRS (De Sousa Matos et al., 2016).

Em 2021 foram realizados 4.767 transplantes renais no Brasil, país que apresenta o maior programa público de transplantes de órgãos, células e tecidos no mundo, garantido por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, responsável por financiar aproximadamente 95% dos transplantes no país. Até o primeiro semestre de 2022, foram realizados 3.677 procedimentos em todo o país, contribuindo para o tratamento de milhares de pessoas (Colombo, et al.2022; ABTO, 2022).

Após o transplante podem surgir distúrbios psicológicos tais como mudanças no humor, transtornos de ansiedade, depressão e alterações psicológicas e psicossociais que acarretam uma piora na qualidade de vida do paciente transplantado (Alencar et al. 2015). Segundo Fontoura (2012), estudos que enfatizam qualidade de vida após o transplante renal, utilizando como instrumentos de medida o questionário fechado, percebem que esta terapêutica é determinante na qualidade de vida dos pacientes, visto que as limitações relacionadas a “dependência da máquina” são superadas.

Os pacientes transplantados estão mais sujeitos à diminuição da sua qualidade de vida em relação à população em geral e a maior prevalência de transtornos de humor. Nesses pacientes a relação entre qualidade de vida é inversamente proporcional à prevalência de ansiedade e depressão e recebe influência de diversos fatores, com destaque para a função sexual que quando saudável integra o conceito de qualidade de vida relacionada a saúde (Tan et al., 2012; Stasiak, et al. 2014).

Diante do exposto, o presente estudo foi desenvolvido como objetivo associar a função sexual, a qualidade de vida e os sintomas de ansiedade e depressão aos aspectos sociodemográficos e clínicos em receptores de transplante renal a fim de contribuir para a compreensão da realidade vivenciada pelos transplantados renais e possibilitar dados que possam subsidiar equipes de saúde para realização de ações e intervenções conforme as necessidades desses pacientes.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal no qual pesquisadores não interferem nos fenômenos em estudo, apenas os observam de maneira sistemática e padronizada, coletando e registrando informações, dados que ocorrem espontaneamente num determinado momento do processo saúde-doença, ou ao longo de sua evolução natural, para posteriormente proceder à sua descrição e/ou análise (Zangirolami-Raimundo et al., 2018).

Realizado no Centro de Prevenção de Doenças Renais (CPDR), do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), no nordeste do Brasil, referência no estado do Maranhão para tratamento de doentes renais crônicos e realização de transplantes renais pelo SUS desde março de 2000, quando foi realizado o primeiro transplante com doador vivo e desde 2005 vem realizando transplantes com doador falecido.

A amostra foi constituída por 240 transplantados renais em seguimento regular no ambulatório de pós-transplante do CPDR. Os critérios de inclusão foram ter mais de 18 anos na época do transplante, condições clínicas estáveis, ambos os gêneros, sobrevida ≥ 6 meses pós transplante, bom funcionamento do enxerto.

Os dados foram coletados no período de janeiro a dezembro de 2019, utilizando-se um formulário para caracterização sociodemográfica e clínica elaborado para este estudo. Todos os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e foram garantidos que seus registros seriam mantidos em sigilo.

A função sexual foi avaliada por meio dos questionários: Quociente Sexual Masculino (QSM) e Quociente Sexual Feminino (QSF), ambos desenvolvidos e validados no Brasil (Abdo, 2007; Abdo, 2009). São formados por dez questões auto responsivas e com linguagem acessível, abrangem os diferentes elementos funcionais e relacionais pertinentes a desempenho/satisfação sexual de ambos os sexos. O escore total do QS-M e do QS-F varia de 0 a 100, onde os valores maiores indicam melhor padrão de desempenho sexual considerando-se: 82 - 100 pontos - bom a excelente; 62 - 80 pontos - regular a bom; 42 - 60 pontos - desfavorável a regular; 22 a 40 pontos - ruim a desfavorável; 0 a 20 pontos - nulo a ruim.

A qualidade de vida foi avaliada utilizando-se o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref), desenvolvido e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foi adaptado e validado para uso no Brasil em 2000, mede a percepção do participante em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Também apresenta propriedades psicométricas satisfatórias e demanda pouco tempo de aplicação. Por meio desse instrumento, é possível descrever a percepção subjetiva de um indivíduo em relação à sua saúde física e psicológica, às relações sociais e ao ambiente em que vive (Fleck, et al 2000). Neste estudo o ponto de corte estabelecido para qualidade de vida geral foi 60, onde: ≥ 60 pontos - melhor qualidade de vida e satisfação com a saúde; < 60 pontos - pior qualidade de vida e insatisfação com a saúde.

Os sintomas de ansiedade e depressão foram avaliados pela Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS), formada por 14 questões do tipo múltipla escolha e com duas subescalas: ansiedade composta pelos sete itens ímpares (HADS-A) e depressão formada pelos sete itens pares (HADS-D). Para cada item existem quatro alternativas com uma pontuação, conforme a alternativa assinalada, que vai de 0 a 3, sendo que a soma da pontuação obtida para os itens de cada subescala fornece uma pontuação total que vai de 0 a 21 (Botega et al, 1995). Neste estudo foram adotados os pontos de cortes apontados por Zigmond e Snaith (1983), recomendados para ambas as subescalas. HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 7, com ansiedade ≥ 8 ; HAD-depressão: sem depressão de 0 a 7, com depressão ≥ 8 .

A análise dos instrumentos foi realizada segundo os critérios estabelecidos pelos autores nas versões em português.

Os dados foram digitados no Software Excel® 2013 e analisados com a utilização do Software Statistical Package for Social Science (SPSS®) versão 25.0. As variáveis categóricas foram descritas por frequências e porcentagem e as variáveis quantitativas com média e desvio padrão. Para avaliação da diferença de proporção entre variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher. A normalidade dos dados quantitativos foi avaliada pelo teste Shapiro Wilk, na

comparação de médias foi utilizado o Teste-t de Student para amostras independentes ou a Análise de Variância (ANOVA) com post-hoc Bonferroni. Na ausência de normalidade os testes utilizados foram Mann Whitney e Kruskal Wallis com post-hoc Dunnet. A investigação de correlação entre os parâmetros avaliados foi realizada pelo coeficiente de correlação de Spearman. Na interpretação da força das correlações (valores de “ ρ ”), foi utilizada a classificação que considera: fraca magnitude ($\rho < 0,4$), moderada magnitude ($\rho > 0,4$ a $\rho < 0,5$) e forte magnitude ($\rho > 0,5$) (Hulley et al, 2003). Em todos os testes estatísticos utilizados, foi fixado o valor de $p < 0,05$ para rejeição da hipótese nula.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do HU-UFMA, sob o Parecer N° 4.236.312.

3. Resultados

O presente estudo transversal contou com a participação de 240 transplantados renais, sendo 117 do gênero masculino (48,75%) e 123 do gênero feminino (51,25%), maioria com idade que entre 30 e 59 anos (72,08%), idade média foi de 42,37 anos; referente ao estado civil 67,50% tinham companheiro fixo; 55,42% tinham até nove anos de estudo; 57,50% estavam aposentados ou recebiam benefício do governo; 64,17% recebiam entre 1 e 2 salários-mínimos de renda mensal (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas de receptores de TxR, São Luís - MA, Brasil, 2022 (n=240).

VARIÁVEIS	N	%	Média ± DP
Gênero			
Masculino	117	48,75	
Feminino	123	51,25	
Idade (anos)			42,37 ± 12,87
18 - 29 anos	39	16,25	
30 - 59 anos	173	72,08	
≥ 60 anos	28	11,67	
Amplitude (Maior -Menor valor)	(72,00 - 18,00)		
Estado civil			
Com companheiro fixo	162	67,5	
Sem companheiro fixo	78	32,5	
Escolaridade			
Até 9 anos	133	55,42	
Até 12 anos	66	27,50	
Acima de 12	41	17,08	
Situação de trabalho			
Ativo	51	21,25	
Aposentado / Recebe benefício	138	57,5	
Desempregado	51	21,25	
Renda familiar (salário= RS 1.100)			
Menor que 1 salário	24	10	
Entre 1 e 2 salários	154	64,17	
Acima de 2 salários	62	25,83	

Fonte: Autores.

Na Tabela 2 encontram-se as características clínicas dos transplantados renais, dos quais 63,33% realizaram hemodiálise por mais de 10 anos; 45,42% tinham até 5 anos de transplantação renal; sendo que 51,25% receberam o órgão de doador falecido; 15,83% desenvolveram diabetes após o transplante; 46,25% realizavam alguma atividade física; 47,50% apresentavam peso adequado para idade; 23,33% apresentavam ansiedade e 15% depressão.

Tabela 2 – Características clínicas de receptores de TxR, São Luis - MA, Brasil, 2022 (n=240).

VARIÁVEIS	N	%	Média ± DP
Tempo de hemodiálise (anos)			13,01 ± 6,23
Até 2 anos	152	63,33	
3 a 4 anos	62	25,83	
A partir de 5 anos	26	10,83	
Tempo de transplante (anos)			7,91 ± 5,58
Até 5 anos	109	45,42	
6 – 10 anos	47	19,58	
Acima de 10 anos	84	35	
Tipo de doador			
Vivo	117	48,75	
Falecido	123	51,25	
Diabetes pós transplante			
Sim	38	15,83	
Não	202	84,17	
Índice de Massa Corpórea (Kg/m²)			
Baixo peso (16 a 18,4)	20	8,33	
Peso adequado (18,5 a 25)	114	47,5	
Sobrepeso/obesidade (25,0 a ≥ 29,9)	106	44,17	
Realiza atividade física			
Sim	111	46,25	
Não	128	53,75	
Ansiedade			
Ausente	184	76,67	
Presente	56	23,33	
Depressão			
Ausente	204	85,00	
Presente	35	15,00	

Fonte: Autores.

Na Tabela 3 encontra-se a análise da correlação entre os domínios do whoqol-bref, com quociente sexual, HAD ansiedade e depressão encontrou-se no domínio físico: correlação fraca com função sexual ($p=0,006$; $r=0,276$), correlação moderada ansiedade ($p< 0,001$; $r= -0,412$) e correlação forte com depressão ($p< 0,001$; $r= -0,586$); domínio psicológico: correlação moderada com função sexual ($p< 0,001$; $r=0,405$), correlação forte com ansiedade ($p< 0,001$; $r= -0,530$) e forte com depressão ($p< 0,001$; $r=-0,592$); domínio relações sociais: apresentou correlação forte com função sexual ($p<0,001$; $r=0,624$), moderada com ansiedade ($p< 0,001$; $r= -0,421$) e forte com depressão ($p<0,001$; $r=-0,598$); domínio meio ambiente não apresentou correlação com função sexual, houve correlação fraca com ansiedade ($p=0,014$; $r=-0,357$) e moderada com depressão ($p< 0,001$; $r= -0,409$).

Tabela 3 – Correlação entre os domínios do whoqol-bref, quociente sexual e escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes transplantados renais, 2022 (n=240).

DOMÍNIOS WHOQOL-BREF	Quociente Sexual		Escala Hospitalar			
			Ansiedade		Depressão	
	Coefficiente r	p-valor*	Coefficiente r	p-valor*	Coefficiente r	p-valor*
Físico	0,276	0,006	-0,412	<0,001	-0,586	<0,001
Psicológico	0,405	<0,001	-0,530	<0,001	-0,592	<0,001
Relações Sociais	0,624	<0,001	-0,421	<0,001	-0,598	<0,001
Meio ambiente	0,103	0,110	-0,357	0,014	-0,409	<0,001
TOTAL	0,466	<0,001	-0,475	<0,001	-0,603	<0,001

*Coeficiente de correlação de Spearman. Fonte: Autores.

Na Tabela 4, constam as associações entre características sociodemográficas com função sexual, qualidade de vida e ansiedade e depressão, onde verificou-se que houve relevância estatística nas seguintes associações QUOCIENTE SEXUAL: gênero (p<0,001), idade (p<0,001), estado civil (p=0,001), escolaridade (p=0,009) e situação de trabalho (p=0,014); WHOQOL: gênero (p=0,001), idade (p=0,003), escolaridade (p=0,001) e renda (p=0,002); HAD-ansiedade: gênero (p=0,002), estado civil (p=0,043), escolaridade (p<0,001); HAD-depressão: gênero (p<0,001), idade (p=0,024) e estado civil (p=0,028).

Na Tabela 5 constam as associações entre características clínicas e função sexual, qualidade de vida, ansiedade e depressão, onde foram encontradas diferenças estatísticas ao associar QUOCIENTE SEXUAL: tipo de doador (p=0,011), atividade física (p=0,029), ansiedade (p=0,003); WHOQOL: tempo de hemodiálise (p=0,032), tempo de transplante (p=0,001), atividade física (p=0,001), ansiedade (p<0,001), depressão (p<0,001); HAD-ansiedade: tempo de hemodiálise (p<0,001), tempo de transplante (p<0,001), tipo de doador (p=0,009), diabetes pós transplante (p=0,032), atividade física (p=0,006); HAD-depressão: tempo de hemodiálise (p=0,013), tempo de transplante (p<0,001), tipo de doador (p=0,001) e atividade física (p<0,001).

Tabela 4 – Associação entre características sociodemográficas, função sexual, qualidade de vida, ansiedade e depressão de receptores de TxR.

VARIÁVEIS	QUOCIENTE SEXUAL			WHOQOL-BREF			ANSIEDADE				DEPRESSÃO					
	Score total		p-valor	Score total		p-valor	Ausente		Presente		p-valor*	Ausente		Presente		p-valor*
	Média	DP		Média	DP		n	%	n	%		n	%	n	%	
Gênero			<0,001^M			0,001^T					0,002[*]					<0,001[*]
Masculino	65,27	15,53		74,29	9,23		100	85,47	17	14,53		114	97,44	3	2,56	
Feminino	54,27	28,44		60,38	11,34		84	68,29	39	31,71		90	73,17	33	26,83	
Idade (anos)			<0,001^K			0,003[*]					0,891[*]					0,024[*]
18 - 29 anos	61,64 ^A	23,83		78,56 ^A	8,67		31	16,85	8	14,29		34	16,67	5	13,89	
30 - 59 anos	67,86 ^A	20,72		71,46 ^A	10,17		132	71,74	41	23,21		142	69,61	31	86,11	
≥ 60 anos	45,29 ^B	30,45		68,70 ^A	11,95		21	11,41	7	12,50		28	13,73	0	-	
Estado civil			0,001^M			0,973^T					0,043[*]					0,028[*]
Com companheiro fixo	67,63	21,14		72,30	10,43		118	64,13	44	28,57		132	64,71	30	83,33	
Sem companheiro fixo	53,54	28,76		72,28	10,82		66	35,87	12	21,43		72	35,29	6	16,67	
Escolaridade			0,009^K			0,001[*]					<0,001[*]					0,436[*]
Até 9 anos	67,68 ^A	21,45		71,70	10,96		114	61,96	19	33,93		116	56,86	17	47,22	
Até 12 anos	63,18 ^B	29,07		68,73 ^A	10,16		38	20,65	28	50		53	25,98	13	36,11	
Acima de 12 anos	63,90	23,01		74,24 ^A	10,16		32	17,39	9	16,07		35	17,16	6	16,67	
Situação de trabalho			0,014^K			0,212[*]					0,087[*]					0,117[*]
Ativo	60,71 ^A	19,63		73,83	8,7		45	24,46	6	10,71		48	23,53	3	8,33	
Aposentado/Recebe benefício	51,39	26,71		72,43	11,22		101	54,89	37	66,07		114	55,88	24	66,67	
Desempregado	59,88 ^B	22,47		70,39	10,19		38	20,65	13	23,21		42	20,59	9	25	
Renda (Salário-Mínimo) *			0,146^K			0,002[*]					0,151[*]					0,509[*]
Menor que 1 salário	68,5	17,72		67,46 ^B	7,91		15	8,15	9	16,07		19	9,31	5	13,89	
Entre 1 e 2 salários	63,16	25,8		71,68 ^A	10,42		118	64,13	36	64,29		130	63,73	24	66,67	
Acima de 2 salários	74,55	24,45		75,68 ^A	10,8		51	27,72	11	19,64		55	26,96	7	19,44	

M- Mann Whitney; K- Kruskal Wallis, seguido de Dunnet (A>a); T- Teste-t para amostras independentes; * Anova, seguido de Bonferroni (A>a; B>b; C>c). Fonte: Autores.

Tabela 5 – Associação entre características clínicas, função sexual, qualidade de vida e ansiedade e depressão de receptores de TxR.

VARIÁVEIS	QUOCIENTE SEXUAL		WHOOQL-BREF		ANSIEDADE				DEPRESSÃO			
	Score total		Score total		Ausente		Presente		Ausente		Presente	p-valor ^e
	Média	DP	Média	DP	n	%	n	%	n	%		
Tempo de hemodiálise (anos)												0,013*
Até 5 anos	66,85	22,35	76,05 ^A	10,05	26	14,13	0	-	23	11,27	3	8,33
6 – 10 anos	54,39	23,47	74,18	8,9	59	32,07	3	5,36	59	28,92	3	8,33
Acima de 10 anos	51,86	25,65	70,88 ^a	11	99	53,8	53	94,64	122	59,8	30	83,33
Tempo de transplante (anos)												<0,001^f
Até 5 anos	61,83	26,17	73,76 ^A	9,82	100	54,35	9	16,07	106	51,96	3	8,33
6 – 10 anos	63,79	20,85	74,62 ^A	8,00	34	18,48	13	23,21	41	20,1	6	16,67
Acima de 10 anos	74,21	24,99	69,09 ^a	11,93	50	27,17	34	60,71	57	27,94	27	75
Tipo de doador												0,001^f
Vivo	67,18	23,19	72,03	11,31	82	44,57	35	62,5	90	44,12	27	75
Falecido	59,12	25,58	72,54	9,78	102	55,43	21	37,5	114	55,88	9	25
Diabetes pós transplante												0,882^f
Sim	65,89	29,31	72,21	13,5	24	13,04	14	25	32	15,69	6	16,67
Não	74,40	23,61	72,31	9,92	160	86,96	42	75	172	84,31	30	83,33
Atividade física												<0,001^f
Sim	67,60	20,46	74,93	9,27	94	51,09	17	30,36	105	51,47	6	16,67
Não	59,13	27,36	70,02	11,04	90	48,91	39	69,64	99	48,53	30	83,33
Índice massa corpórea (Kg/m²)												0,059^f
Baixo peso (16 a 18,4)	71,56	25,43	71,33	10,34	13	7,07	7	12,5	14	6,86	6	16,67
Peso adequado (18,5 a 24,9)	75,40	22,93	73,83	10,36	87	47,28	27	48,21	102	50,00	12	33,33
Sobrepeso/obesidade (25 a ≥ 29,9)	69,10	29,64	68,65	11,52	84	45,65	22	39,29	88	43,14	18	50
Ansiedade												<0,001^f
Ausente	65,43	24,3	74,64	9,53								
Presente	55,21	24,71	64,56	9,94								
Depressão												<0,001^f
Ausente	72,82	25,82	73,86	10,13								
Presente	64,33	17,42	63,37	8,07								

M- Mann Whitney; K- Kruskal Wallis, seguido de Dunnet (A>a); T - Teste-t para amostras independentes; * Anova, seguido de Bonferroni (A>a; B>b; C>c). Fonte: Autores.

4. Discussão

Com base em nossos achados, correlações negativas foram encontradas na associação entre os domínios da QV, ansiedade e depressão, corroborando o estudo de Lee, et al. (2015), que confirmaram a existência dessas mesmas correlações, entretanto nesse estudo os domínios psicológico e relacionamento social foram os mais afetados pela depressão e ansiedade. Este estudo vai ao encontro dos achados de Al-Nashri e Almutary (2021), que ao avaliarem o impacto da ansiedade e da depressão na QV de pacientes em hemodiálise, também identificaram correlações negativas entre ansiedade e QV ($r = -0,599$, $p < .001$) e entre depressão e QV ($r = -0,599$, $p < 0,001$).

Verificou-se que a função sexual foi influenciada pelo gênero, idade, estado civil, escolaridade, situação de trabalho, tipo de doador, atividade física e ansiedade. A disfunção sexual estava presente entre participantes do gênero feminino, sem companheiro fixo, com 60 anos ou mais, entre aposentados ou que recebiam benefícios do governo, desempregados, receptores de doadores falecidos, não praticantes de atividade física e presença de ansiedade.

Dentre os fatores que influenciaram negativamente a QV encontraram-se gênero feminino, idade ≥ 60 anos, ter até 9 anos de estudo, renda mensal menor que 1 salário, tempo de hemodiálise acima de 10 anos, ser transplantado renal há mais de 10 anos, não praticar atividade física, presença de ansiedade e depressão. Este estudo também indica que fatores como idade, gênero, estado civil, e escolaridade estão associados a maiores níveis de ansiedade e depressão e, conseqüentemente a uma pior QV, resultados que são consistentes com os achados do estudo de Al-Nashri e Almutary (2021), que também encontraram o escore total de QV tipicamente maior em pacientes mais jovens do que naqueles com mais de 60 anos de idade, com níveis educacionais mais elevados, aqueles que conhecem seus problemas de saúde, aqueles que seguem planos de tratamento e aqueles com regimes nutricionais.

Ao associar função sexual, qualidade de vida, sintomas de ansiedade e depressão em receptores de TxR, aos aspectos sociodemográficos e clínicos, encontrou-se 117 receptores de TxR do gênero masculino (48,75%) e 123 do gênero feminino (51,25%), observou-se que os homens apresentaram maiores escores no quociente sexual 65,27, demonstrando melhor padrão e desempenho sexual ($p < 0,001$), também apresentaram melhores escores de QV 74,29 ($p = 0,001$), dados que foram de grande relevância para um menor nível de sintomas ansiosos e depressivos; houve maior prevalência de mulheres TxR, observando-se correlações clinicamente relevantes entre a função sexual, QV, sintomas ansiosos e depressivos, onde o escore do quociente sexual (54,27), demonstrou a presença de disfunção sexual nas mulheres ($p < 0,001$), associada a pior escore de QV 60,38 ($p = 0,001$) e sintomas de ansiedade 31,71% ($p = 0,002$) e depressão 26,83% ($p < 0,001$).

Em estudo que analisou as experiências e perspectivas de receptores de transplante renal em relação à sua função sexual, encontrou que os transplantes renais podem ter um impacto positivo na função sexual de homens e mulheres (Abarca-Durán, et al. 2021). De acordo com WHO (2006), esse impacto positivo pode ocorrer devido à correção de desequilíbrios metabólicos e endócrinos, à normalização dos perfis hormonais e à melhora do estado psicológico. Em contraste ao nosso estudo, Mota et al. (2019) relatam que estudos epidemiológicos realizados na população portuguesa identificaram disfunção entre 21 e 24% da população masculina, do mesmo modo, Kurtulus et al., (2017), foram conclusivos quanto à melhor função sexual feminina após o transplante renal. Em nosso estudo as mulheres apresentaram disfunção sexual ($p < 0,001$), situação que poderia ser justificada devido a presença de ansiedade e depressão nas mulheres participantes, visto que são considerados estados psicológicos relacionados a uma diminuição da função sexual. Embora os participantes do gênero masculino tenham apresentado uma melhora no funcionamento sexual, a disfunção sexual é um problema frequente entre os receptores de transplante renal. A KDIGO (2009), menciona que problemas com a função sexual são comuns após o transplante renal, mas a prevalência relatada varia, sendo relatados na faixa de 45 a 50%. Informou ainda que existem poucos estudos focados nesta questão para as mulheres. Para os homens, a disfunção erétil pode afetar a qualidade de vida e estar associada com ansiedade, depressão e perda de autoestima. Após o transplante, a disfunção erétil pode melhorar, especialmente para os homens mais

jovens. No entanto, para outros, o problema pode não mudar ou até piorar, aventando a possibilidade de que a cirurgia de transplante possa contribuir para a disfunção erétil.

Destaca-se que a presença de sintomas de ansiedade e depressão tiveram um efeito adverso significativo na QV e na função sexual dos receptores de TxR, onde pacientes com sintomas ansiosos ou depressivos apresentaram níveis significativamente mais baixos de QV e pior função sexual em comparação com aqueles sem esses sintomas. Estes resultados que vão ao encontro daqueles apresentados por Gonçalves, et al. (2019) quando identificaram que a ansiedade e a depressão contribuíram para uma maior morbidade entre os transplantados renais, uma má qualidade de vida, uma pobre relação conjugal, pior função sexual e qualidade do sono ruim. Ainda destacam sobre a evidência de que a depressão é uma comorbidade prevalente e problemática que permanece subestimada e está associada à disfunção sexual, confirmando a associação entre os valores elevados de depressão e o funcionamento sexual. Chilcot et al. (2014) consideram que a avaliação da ansiedade e depressão deve integrar a avaliação global da pessoa no pós-transplante, visto que a redução de sintomas depressivos poderá contribuir para um melhor funcionamento sexual, potencializando os ganhos em saúde e na qualidade de vida. Esse autor também destaca que apesar dos avanços no transplante renal, a depressão ainda é uma comorbidade prevalente e problemática que permanece em grande parte negligenciada e, neste cenário, prediz resultados ruins, incluindo sobrevida inferior do enxerto.

Relacionado à idade dos receptores de TxR, a média de idade foi de 42,37 anos, com predomínio entre 30 e 59 anos (72,08%), os quais apresentaram os escores mais altos do quociente sexual 67,86, demonstrando melhor padrão e desenho sexual ($p < 0,001$), ainda 86,11% dos receptores de TxR nessa faixa etária apresentaram depressão ($p = 0,024$); aqueles com idade entre 18 e 29 anos, apresentaram maiores escores de qualidade de vida 78,56 ($p = 0,003$). Ao analisar a relação entre idade e função sexual, verificou-se que à medida que a idade avança o funcionamento sexual receptor de TxR diminui. Este resultado corrobora outros estudos que constataram um declínio progressivo da atividade sexual tanto no homem quanto na mulher com a idade (Antonucci et al. 2015; Gonçalves et al., 2019). O estudo de Kurtulus et al. (2017), concluiu que a disfunção sexual feminina aumenta com a idade e que esta, é o fator de risco mais importante para a disfunção sexual. Em nosso estudo, o transplante renal esteve associado a um aumento significativo na QV e na autopercepção da saúde, em receptores de TR mais jovens (18 e 29 anos) possibilitando a busca por um novo emprego ou favorecendo retorno ao trabalho para esses pacientes em idade ativa.

Costa e Nogueira (2014), ao associarem trabalho, renda e qualidade de vida, apontam que a idade foi o principal fator que afetou significativamente o domínio físico da QV, ainda verificaram que existe uma tendência ao aumento gradual na média de idade dos indivíduos que aguardam transplantes renais. Neste estudo os receptores de TR com idade ≥ 60 anos, apresentaram pior escore de QV, esses resultados demonstram que mais esforços devem ser feitos para melhorar a QV principalmente entre pacientes idosos transplantados. Segundo KDIGO (2020), ansiedade e depressão em TxRs têm sido associadas com uma má qualidade de vida, relações conjugais ruins, função sexual desfavorável e qualidade do sono deficiente. Destacam ainda que altos níveis de ansiedade pós-transplante foram associados à depressão, a redução do apoio social, frequentes queixas físicas, mais problemas econômicos, e a depressão por sua vez foi associada à não adesão terapêutica.

Quanto ao estado civil 67,50% tinham companheiro fixo, os quais apresentaram os maiores escores para quociente sexual 67,63 ($p = 0,001$), entretanto apresentaram maiores percentuais para sintomas de ansiedade 78,57% ($p = 0,043$) e depressão 83,33% ($p = 0,028$). Na associação com a qualidade de vida não houve alterações significativas. Diferente do nosso estudo, Hwang (2021), encontrou uma alta pontuação de QV entre participantes casados e melhores resultados no componente mental, indicando que o apoio do cônjuge teve um efeito positivo. Kurtulus et al. (2017), ressaltam que o transplante renal não afeta apenas a função sexual do receptor de TR, mas também o relacionamento com o parceiro, que precisará apoiá-lo para que

ambos possam lidar com as mudanças na função sexual no pós-transplante. Se não houver o apoio do parceiro, irão surgir preocupações negativas com a função sexual e frustração do receptor de TR, trazendo consequências ruins à função sexual e consequentemente na QV.

Referente à escolaridade 55,42%, tinham até 9 anos de estudo, os quais apresentaram melhor escore no quociente sexual 67,68 ($p=0,009$); aqueles mais de 12 anos de estudo apresentaram maior escore de qualidade de vida 74,24 ($p=0,001$) e 50% dos que tinham até 12 anos de estudo apresentaram mais sintomas de ansiedade ($p<0,001$). Estes achados corroboram aos evidenciados na literatura, onde a maioria dos estudos com transplantados renais encontrou resultados semelhantes (Colombo et al, 2022; Pereira, Cardoso, 2017). Segundo dados do IBGE (2019), no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) 2019, apenas 46,6% da população de 25 anos ou mais de idade estava concentrada nos níveis de instrução até o ensino fundamental completo ou equivalente; 27,4% tinham o ensino médio completo ou equivalente; e 17,4%, o superior completo.

Sobre a situação de trabalho: maioria estava aposentado ou recebia benefício do governo 57,50%. Os receptores de TxR que ainda trabalhavam apresentaram maiores escores para função sexual 60,71 ($p=0,014$), também apresentaram maiores escores para QV e, aqueles que recebiam benefícios por invalidez apresentaram QV diminuída, ambos sem relevância estatística. Essas situações sugerem que esses receptores de TxR que estão na ativa, possam ter mais controle na situação de trabalho e, portanto, maiores possibilidades de prevenir sua saúde, não realizando demandas físicas em ambiente de trabalho mais ergonômico favoráveis a sua saúde. Diferente deste resultado, um estudo que avaliou a qualidade de vida e a saúde mental de receptores de TxR, associados ao emprego após o transplante, encontrou 51,8% empregados, com maior escolaridade e escores mais elevados de QV, enquanto os desempregados relataram fadiga e problemas de saúde mental com mais frequência e tiveram escores significativamente mais altos de ansiedade, depressão (Jordakieva et al.,2020). Corroborando nosso estudo, Mouelhi, et al (2018), apontaram que os receptores de TxR que recebiam pensão por invalidez apresentavam uma QV prejudicada. Segundo Hwang (2021), o emprego pós-transplante é um fator adicional relacionado que influencia a QV dos participantes e destaca a necessidade de ajudar os receptores de TxR a manter o emprego ou encontrar novos empregos após o transplante como um método importante para melhorar a QV, o que consequentemente resultará em melhor função sexual e menos sintomas de ansiedade e depressão.

Referente a renda mensal 64,17% recebiam entre 1 e 2 salários-mínimos, aqueles que e recebiam acima de dois salários-mínimos apresentaram maiores escores de qualidade de vida 75,68 ($p=0,002$). Nossos resultados estão de acordo com a literatura, pois, no estudo de Hwang (2021), a fonte de renda influenciou positivamente a QV e levou a uma diferença nos escores médios de QV tanto para o domínio físico quanto para componentes mentais, visto que o tratamento pós-transplante, como consultas ambulatoriais regulares, compra de imunossupressores e hospitalizações, impõe encargos econômicos aos receptores de transplante renal, o que aumenta a dificuldade de manutenção da QV. Desse modo ter uma fonte de renda estável pós-transplante implica em melhorar o estado de saúde e QV, ao permitir o retorno ao trabalho e uma renda estável. Também, Costa e Nogueira (2014), ao analisar a associação entre renda, trabalho e qualidade de vida de receptores de transplante renal encontraram que a fonte de renda influenciou positivamente a QV, e verificaram uma diferença no domínio físico quando a fonte de renda é do receptor do transplante, demonstrando que receptores de TxR com saúde física suficiente, quando são fonte de renda para si mesmos melhoram a QVRS.

Quanto a tempo de hemodiálise 63,33% realizaram hemodiálise por mais de 10 anos, os quais apresentaram mais sintomas de ansiedade 94,64% ($p<0,001$) e depressão 83,33% ($p=0,013$); aqueles que realizaram hemodiálise por até cinco anos, apresentaram melhor escore de qualidade de vida 76,05 ($p=0,032$). De acordo com Soleymanian *et al.*, (2017), o tempo de diálise pré transplante se correlaciona diretamente com o agravamento dos sintomas de ansiedade e depressão, com influência, inclusive, após o transplante renal, podendo comprometer a sobrevida do enxerto a longo prazo. Vários são os

fatores que podem influenciar o tempo de diálise pré-transplante, como a espera em fila para o transplante renal, os níveis de ureia e creatinina e o preparo do receptor. Nosso estudo corrobora Otavianni et al., (2016), que encontrou escores de QV significativamente baixos em pacientes com sintomas de ansiedade e/ou depressivos em comparação com aqueles sem sintomas. Em contraste com nosso estudo, Shafipour et al. (2015), ao correlacionar os anos em diálise com ansiedade e depressão, e não obteve relação significativa.

Relacionado ao tempo de transplante 45,42% tinham até 5 anos de transplantação renal, aqueles que tinham entre 6 e 10 anos de transplante, apresentaram maior escore de qualidade de vida 74,62 ($p=0,001$), enquanto os transplantados há mais de 10 anos apresentaram mais sintomas de ansiedade 60,71% e depressão 75%, ($p<0,001$) em ambos. Sugere-se que essa alta prevalência de sintomas ansiedade tenha ocorrido possivelmente por receio da perda do enxerto e conseqüentemente retorno a hemodiálise e quanto aos sintomas depressivos, podem estar relacionados à dificuldade de adesão ao tratamento necessário após o transplante. Corroborando nosso estudo, Mota et al. (2019), ao avaliar a função sexual masculina encontrou que o tempo após um transplante de rim não foi associado a uma diferença no funcionamento sexual. Edey (2017), destacou que a disfunção sexual em homens recebe influência de condições clínicas prévias à transplante renal, como a idade, as comorbidades e o período de realização de hemodiálise e o tempo de transplante.

Quanto ao tipo de doador 51,25% receberam o órgão de doador falecido, os receptores de doador vivo apresentaram maior escore do quociente sexual 67,18 ($p=0,011$); também apresentaram mais sintomas de ansiedade 62,5% ($p=0,019$) e depressão 75% ($p=0,001$). Ser receptor de doador vivo encontra-se relacionado com múltiplos benefícios, como menor tempo de espera para a realização do transplante e menor incidência de função retardada do enxerto, se comparada ao doador falecido (Friedewald, Reese, 2012; Matos et al., 2016). Segundo a ABTO (2018), o número TxR com órgãos de doadores vivos não tem aumentado ao longo dos anos, possivelmente em consequência do melhor desempenho do programa de doadores falecidos, e regulamentação mais restrita, permitindo apenas doação entre doadores vivos relacionados. Ressalta-se que embora sejam muitos os benefícios do doador vivo do ponto de vista do receptor, é desejável que o número de doadores falecidos aumente cada vez mais no transplante renal, a fim de minimizar a espera dos pacientes com DRCT na fila para a realização da cirurgia.

Estudo multicêntrico realizado em Tehrân (Irã), encontrou que resultados pós TxR não foram diferentes entre os dois grupos de receptores ($p=0,08$), entretanto o TxR de doador vivo foi associado a menor tempo de espera, melhor desfecho precoce, ansiedade e insônia ($p=0,044$), enquanto os receptores de doadores falecidos apresentaram maior prevalência de função tardia do enxerto e mais sintomas de depressão ($p=0,045$) (Basiri, et al., 2020). Na realização do TxR é importante considerar o bem-estar não apenas do receptor, mas também do doador - uma pessoa que repentinamente se torna paciente, apesar da boa saúde anterior. A doação em vida é um ato altruísta, mas também uma decisão que pode colocar em risco a própria saúde. Um estudo de revisão sobre o conhecimento da QV, sintomas de ansiedade e depressão entre doadores e receptores de rim vivos, encontrou que o estado mental dos doadores é geralmente melhor do que o dos receptores, entretanto o aumento da qualidade de vida, a redução da ansiedade e da depressão ocorreram tanto em doadores quanto em receptores no período pós-transplante em relação ao tempo anterior à cirurgia (Pawlowski, 2020).

Neste estudo 38 receptores de TxR desenvolveram diabetes após o transplante (15,83%), sendo que 14 apresentaram ansiedade 25% ($p=0,032$); 47,50% apresentavam peso adequado para idade. Gentile, et al. (2013), ao analisarem os fatores associados a uma pior qualidade de vida em uma amostra representativa de 1.061 receptores de TxR de 8 regiões da França, encontraram que comorbidades como IMC acima de 30, presença de diabetes, tempo de diálise e tabagismo reduziram a qualidade de vida em quase todas as dimensões. Em nosso estudo não houve diferença na associação dessas variáveis com QV, função sexual, ansiedade e depressão. Exceto quando houve a presença de diabetes pós TxR, onde 25% apresentaram ansiedade.

Quanto a atividade física 46,25% realizavam alguma atividade física e apresentaram melhores escores na função sexual 77,6 (p=0,029) e qualidade de vida 74,93 (p=0,001); aqueles que não praticavam atividade física apresentaram sintomas de ansiedade 69,64% (p=0,006) e sintomas de depressão 83,33% (p<0,001). Os resultados deste estudo demonstram que manter um estilo de vida saudável parece ter impacto na função sexual. Gonçalves et al., (2019), ressalta que o exercício físico tem sido associado a níveis mais baixos de disfunção sexual e melhor qualidade de vida. Corroborando nosso estudo, Takahashi, Hu, Bostom, (2018), em uma revisão de literatura sobre o nível de atividade física em receptores de TxR, encontraram que a inatividade física pode estar associada à redução da qualidade de vida, ao aumento da mortalidade e, intervenções como treinamento físico parecem ser seguras em receptores de transplante renal e estão associadas à melhora da qualidade de vida e da capacidade de exercício. As diretrizes atuais da Organização Mundial da Saúde recomendam um mínimo de 150 minutos de exercício aeróbico de intensidade moderada por semana ou 75 minutos de atividade aeróbica de intensidade vigorosa por semana em adultos (WHO, 2010). Para pacientes com DRC, KDIGO (2013) recomendam um programa de exercícios de pelo menos 30 minutos 5 vezes por semana; não há diretrizes específicas para receptores de TxR. Em nosso estudo sugere-se que as disparidades socioeconômicas incluindo níveis mais baixos de educação, renda, situação de trabalho e moradia tenham favorecido a inatividade física entre receptores TxR.

5. Conclusão

O transplante renal é considerado a melhor alternativa para a terapia de substituição, entretanto a qualidade de vida, a função sexual e os níveis de ansiedade e depressão dos pacientes transplantados são incomparáveis aos da população em geral. Disfunções sexuais são dominantes na população das pessoas transplantadas renais e os problemas a nível sexual têm repercussões nos diversos aspectos da vida do paciente, na qualidade de vida, bem-estar, autoestima e relações interpessoais. Nossos achados evidenciaram que a função sexual e a QV foram influenciadas negativamente por algumas características sociodemográficas e clínicas, que consequentemente podem causar aumento dos sintomas de ansiedade e depressão.

Sabendo-se que a função sexual exerce relação direta com a qualidade de vida dos receptores de transplantes, seria importante que os profissionais de saúde informassem aos receptores e seus parceiros sobre os possíveis efeitos do transplante renal e do tratamento na função sexual, utilizando-se de estratégias de enfrentamento que possibilitassem a autonomia, o autocuidado e o incentivo à adoção de estilos de vida mais adequados para favorecer a saúde sexual neste contexto.

Sugere-se que a equipe multiprofissional em saúde melhore a comunicação com os receptores de TxR sobre os aspectos referentes à função sexual, por meio da construção de protocolos institucionais com fluxos de encaminhamentos às equipes transdisciplinares especializadas na temática. Ressalta-se também a importância de triagem para ansiedade e depressão, visto que o tratamento adequado dessas comorbidades psiquiátricas prevalentes pode melhorar vários aspectos do bem-estar do paciente, incluindo qualidade de vida, sono, relações conjugais e função sexual. Dessa forma, a assistência em saúde a essa população seria melhorada e contemplaria aspectos pouco explorados na assistência e nas pesquisas atuais.

Propõe-se que outros estudos sobre função sexual, sejam realizados não somente com o receptor de transplante, mas também com o parceiro(a) sexual, visto que essa temática emergente leva a consequências na saúde física, saúde mental, bem-estar geral e qualidade de vida, além de que o momento da abordagem dos participantes, serve como prestação de serviços, prevenção e educação sexual.

Referências

Abarca-Durán, X.; Fernández-Medina, I.M.; Jiménez-Lasserrotte, M.d.M.; Dobarrío-Sanz, I.; Martínez-Abarca, A.L.; Fernández-Sola, C. Sexuality in Kidney Transplant Recipients: A Qualitative Study. *Healthcare* 2021, 9, 1432. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111432>

Abdo, C. H. N. (2009). Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagn Tratamento*. 2009; 14(2): 89-90. <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0013>

- Abdo, C. H. N. (2006). Elaboração e validação do quociente sexual - versão masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem. *Revista Brasileira de Medicina*, jan./fe. 2006(1/2), 42-46. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-447886>
- Antonucci, M., Palermo, G., Recupero, S. M., Bientinesi, R., Presicce, F., Foschi, N., Bassi, P., & Gulino, G. (2016). Male sexual dysfunction in patients with chronic end-stage renal insufficiency and in renal transplant recipients. *Archivio italiano di urologia, andrologia: organo ufficiale [di] Società italiana di ecografia urologica e nefrologica*, 87(4), 299-305. <https://doi.org/10.4081/aiua.2015.4.299>
- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Registro Brasileiro de Transplantes. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado. Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro / junho - 2022. ABTO, 2022. RBT - XXVIII - Nº 2 <https://site.abto.org.br/publicacao/xxviii-no2/>
- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Registro Brasileiro de Transplantes. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado. ABTO, 2018. Ano XXI Num. 4 Jan/Dez de 2018. <https://site.abto.org.br/publicacao/rbt-2018>
- Al-Nashri, F., & Almutary, H. (2022). Impact of anxiety and depression on the quality of life of haemodialysis patients. *Journal of clinical nursing*, 31(1-2), 220-230. <https://doi.org/10.1111/jocn.15900>
- Augustine J. (2018). Kidney transplant: New opportunities and challenges. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 85(2), 138-144. <https://doi.org/10.3949/ccjm.85gr.18001>
- Basini, A., Taheri, M., Khoshdel, A. et al. Living or deceased-donor kidney transplant: the role of psycho-socioeconomic factors and outcomes associated with each type of transplant. *Int J Equity Health* 19, 79 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01200-926>
- Cardoso, J. S., Cavalcante, M. C. V., & Miranda, A. T. M. de. (2014). A reabilitação profissional como proposta de intervenção da terapia ocupacional no pós-transplante renal. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 24(2), 162-167. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v24i2p162-167>
- Chilcot, J., Spencer, B. W., Maple, H., & Mamode, N. (2014). Depression and kidney transplantation. *Transplantation*, 97(7), 717-721. <https://doi.org/10.1097/01.TP.0000438212.72960.ae>
- Colombo, D. M. de Q., Serrano, L. C. de A., Silva, A. C. P. da, & Pereira, V. A. (2022). Perfil de Pacientes Transplantados Renais Associado com Situação Previdenciária ou BPC e Trabalhista. *Brazilian Journal of Transplantation*, 25(2). Recuperado de <https://bjt.emnuvens.com.br/revista/article/view/452>
- Costa, J. M., & Nogueira, L. T. (2014). Association between work, income and quality of life of kidney transplant recipient the municipality of Teresina, PI, Brazil. *Jornal brasileiro de nefrologia : orgao oficial de Sociedades Brasileira e Latino-Americana de Nefrologia*, 36(3), 332-338. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140048>
- De Pasquale, C., Pistorio, M. L., Veroux, M., Indelicato, L., Biffà, G., Bennardi, N., Zoncheddu, P., Martinelli, V., Giaquinta, A., & Veroux, P. (2020). Psychological and Psychopathological Aspects of Kidney Transplantation: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, 11, 106. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00106>
- de Sousa Matos, F. S., Liger, M. P., Malheiros, G. C., da Silva, P. S., Passos de Freitas, A. de P., & Lemos, M. M. (2016). Transplante preemptivo em paciente com doença renal crônica assintomática - relato de caso. *Revista Científica Da Faculdade De Medicina De Campos*, 11(1), 30-33. <https://doi.org/10.29184/1980-7813.rcfmc.15.vol.11.n1.2016>
- Edey, M. M. (2017). Male Sexual Dysfunction and Chronic Kidney Disease. *Frontiers in Medicine*, 4(March), 1-10. <http://doi.org/10.3389/fmed.2017.00032>
- Fleck, Marcelo PA et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública* [online], 2000, v. 34, n. 2 [Acessado 10 Novembro 2022], pp. 178-183. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-8910200000200012>>. Epub 06 Ago 2001. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910200000200012>
- Fontoura, F. A. P. A compreensão de vida de pacientes submetidos ao transplante renal: significados, vivências e qualidade de vida. Dissertação (mestrado em psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2012. <https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8221-a-compreensao-de-vida-de-pacientes-submetidos-ao-transplante-renal-significados-vivencias-e-qualidade-de-vida.pdf>
- Friedewald, J. J., & Reese, P. P. (2012). The kidney-first initiative: what is the current status of preemptive transplantation?. *Advances in chronic kidney disease*, 19(4), 252-256. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2012.05.001>
- Gentile, S., Beauger, D., Speyer, E., Jouve, E., Dussol, B., Jacquelinet, C., & Briçon, S. (2013). Factors associated with health-related quality of life in renal transplant recipients: results of a national survey in France. *Health and quality of life outcomes*, 11, 88. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-88>
- Gonçalves, Pedro Ricardo Coelho, Loureiro, Luís Manuel, & Fernandes, Maria Isabel Domingues. (2019). A função sexual da pessoa transplantada renal. *Revista de Enfermagem Referência, serIV* n. 21, p. 47-57. jun. 2019. <https://doi.org/10.12707/RIV19009>
- Hulley SB, Cumming SR, BrownerWS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2015. e-PUB. ISBN 978-85-8271-203-0 https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/143/c46d11a995cc235510d275cf8298427d.pdf
- Hwang, Y., Kim, M., & Min, K. (2021). Factors associated with health-related quality of life in kidney transplant recipients in Korea. *PLoS one*, 16(3), e0247934. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247934>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2019). Conheça o Brasil - população: educação [Internet]. Brasil: IBGE; 2019 [acessado 10 out. 2022]. Disponível em: <https://educacao.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18317-educacao.html>
- Jordakieva, G., Grabovac, I., Steiner, M., Winnicki, W., Zitta, S., Stefanac, S., Brooks, M., Sunder-Plassmann, G., Rosenkranz, A. R., & Godnic-Cvar, J. (2020). Employment Status and Associations with Workability, Quality of Life and Mental Health after Kidney Transplantation in Austria. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1254. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041254>

- Lee YJ, Kim MS, Cho S, Kim SR. Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. *Int J Clin Pract*. 2013 Apr;67(4):363-8. doi: 10.1111/ijcp.12020. PMID: 23521328. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23521328/>
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). CKD Work Group. KDIGO (2012). Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int (Suppl)* 2013; 3:1-150. https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf
- Stevens, P. E., Levin, A., & Kidney Disease: Improving Global Outcomes Chronic Kidney Disease Guideline Development Work Group Members (2013). Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. *Annals of internal medicine*, 158(11), 825–830. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-11-201306040-00007>
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). CKD Work Group. KDIGO (2020). Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Management of Candidates for Kidney Transplantation. *Transplantation*: April 2020 - Volume 104 - Issue 4S1 - p S11-S103 doi: 10.1097/TP.0000000000003136 https://journals.lww.com/transplantjournal/Fulltext/2020/04001/KDIGO_Clinical_Practice_Guideline_on_the.9.aspx
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group (2009). KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. *American journal of transplantation : official journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons*, 9 Suppl 3, S1–S155. <https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2009.02834.x>
- Knihs, N. da S. et al. A vivência de pacientes que necessitam de transplante renal na espera por um órgão compatível. *Texto & Contexto - Enfermagem [online]*. 2013, v. 22, n. 4 [Acessado 24 Outubro 2022] , pp. 1160-1168. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400035>>. Epub 06 Feb 2014. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400035>
- Kurtulus, F. O., Salman, M. Y., Fazlioglu, A., & Fazlioglu, B. (2017). Effects of Renal Transplantation on Female Sexual Dysfunction: Comparative Study With Hemodialysis and a Control Group. *Transplantation proceedings*, 49(9), 2099–2104. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2017.07.014>
- Mota, L. S., Oliveira, C. M. C. , Pinheiro Junior, F. M. L., Santos, L. C. O., Nóbrega, D. G., Fernandes, P. F., Costa, A. A. M., & Silva, S. L. (2016). Comparative study between kidney transplantation with deceased donor expanded criteria and donor standard criteria in a single center in Brazil. *Braz. J. Nephrol.*, 38(3), 334-343. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20160051>
- Mota, R. L., Fonseca, R., Santos, J. C., Covita, A. M., Marques, N., Matias, P., Simões, H., Ramos, C., Machado, D., & Cardoso, J. (2019). Sexual Dysfunction and Satisfaction in Kidney Transplant Patients. *The journal of sexual medicine*, 16(7), 1018–1028. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.266>
- Mouelhi, Y., Jouve, E., Alessandrini, M., Pedinielli, N., Moul, V., Meurette, A., Cassuto, E., Mourad, G., Durrbach, A., Dussol, B., & Gentile, S. (2018). Factors associated with Health-Related Quality of Life in Kidney Transplant Recipients in France. *BMC nephrology*, 19(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-0893-6>
- Ottaviani, A. C. et al. Association between anxiety and depression and quality of life of chronic renal patients on hemodialysis. *Texto & Contexto - Enfermagem [online]*. 2016, v. 25, n. 03 [Acessado 25 Outubro 2022] , e00650015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072016000650015>>. Epub 18 Ago 2016. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000650015>
- Pawlowski, M., Fila-Witecka, K., Rymaszewska, J. E., Luc, M., Kamińska, D., & Rymaszewska, J. (2020). Quality of life, depression and anxiety in living donor kidney transplantation. *Transplantation reviews (Orlando, Fla.)*, 34(4), 100572. <https://doi.org/10.1016/j.tre.2020.100572>
- Pereira, N. C. S., & Cardoso, J. S. (2017). O retorno do paciente renal crônico às atividades produtivas após o transplante renal. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 28(2), 221-229. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i2p221-229>
- Rudnicki, T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. *Contextos Clínicos*, 7(1):105-116, janeiro-junho 2014 - doi: <https://doi.org/10.4013/ctc.2014.71.10>
- Shafipour, V., Alhani, F., & Kazemnejad, A. (2015). A survey of the quality of life in patients undergoing hemodialysis and its association with depression, anxiety, and stress. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 2(2), 29-35 https://www.jnmsjournal.org/temp/JNursMidwiferySci2229-6467397_175753.pdf
- Silva, M. R. et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise: Uma revisão integrativa. *Brazilian Journals Publicações de Periódicos, São José dos Pinhais, Paraná*. Vol. 3 No. 4 (2020). DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-172>
- Soleymanian, T., Kokabeh, Z., Ramaghi, R., Mahjoub, A. e Argani, H. (2017). Clinical outcomes and quality of life in hemodialysis diabetic patients versus non-diabetics. *Journal of Nephropathology*, 6(2), 81–89. <https://doi.org/10.15171/jnp.2017.14>
- Stasiak, C. E. S. et al. (2014). Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia [online]*. 2014, v. 36, n. 3 [Acessado 25 Outubro 2022] , pp. 325-331. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140047>>. ISSN 2175-8239. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140047>
- Takahashi, A., Hu, S. L., & Bostom, A. (2018). Physical Activity in Kidney Transplant Recipients: A Review. *American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation*, 72(3), 433–443. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.12.005>
- Taminato, M. et al. Prevalence of infection in kidney transplantation from living versus deceased donor: systematic review and meta-analysis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]*. 2015, v. 49, n. 3 [Acessado 24 Outubro 2022] , pp. 502-507. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300020>>. Epub May-Jun 2015. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300020>
- Tan, H. M.; Tong, S. F.; Ho, C. C. K. (2012). *Men's Health: Sexual Dysfunction, Physical, and Psychological Health—Is There a Link? The Journal of Sexual Medicine*, 9(3), 663–671. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02582>
- Zangirolami-Raimundo, Juliana, Echeimberg, Jorge de Oliveira, & Leone, Claudio. (2018). Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. *Journal of Human Growth and Development*, 28(3), 356-360. <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>

Research, Society and Development, v. 11, n. 15, e557111537814, 2022
(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37814>

Zigmond, A. S., Snaith, R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1983;67:361-370. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>

World Health Organization (WHO). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. Geneva: World Health Organization; 2006 http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf

World Health Organization (WHO). Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: World Health Organization; 2010. ISBN: 978 92 4 159 997 9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305057>