

**Jornadas de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do IPB**
Bragança, 7-8 de junho 2013



**Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do
IPB**

LIVRO DE ATAS (EBOOK)

COORDENADORA: Maria Helena Pimentel

Colaboradores:

André Novo

Angela Prior

Carlos Magalhães

Celeste Antão

Eugénia Anes

Leonel Preto

Lúcia Pinto

Manuel Brás

Maria Augusta Mata

Maria Gorete Baptista

Maria José Gomes

Norberto Silva

FICHA TÉCNICA

Título

Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Data

junho de 2013

ISBN: 978-972-745-159-3

Editora: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Avenida D. Afonso V - 5300-121,

Bragança, Portugal

Tel: (+351) 273 303 200 / (+351) 273 330 950

Fax: (+351) 273 327 915

Este livro contém informações obtidas de fontes autênticas. A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos é única e exclusivamente dos autores.

Os artigos publicados neste livro são propriedade da ESSa-IPB. Este livro ou qualquer parte do mesmo, não poderá ser reproduzido ou transmitido em qualquer formato ou por qualquer meio, eletrónico ou físico ou por qualquer sistema de armazenamento de informação ou de recuperação, sem autorização prévia por escrito da ESSa-IPB.

Todos os direitos reservados.

Nota Introdutória

As primeiras jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança pretendem constituir-se num momento de encontro de todos os que se interessam pela prestação de cuidados em Saúde: professores, investigadores, profissionais da saúde e estudantes. Pretendem, ainda, aprofundar o conhecimento nas diversas áreas de intervenção e formação de Enfermagem em particular e de Saúde em geral. A parceria da ULS do Nordeste na organização do evento permitirá alargar e fomentar a interação entre o contexto de trabalho, a investigação e os contextos educativos, numa abordagem multidisciplinar e de compromisso.

As temáticas abordadas nestes dois dias de trabalhos acompanham o ciclo vital desde a saúde materno infantil, passando pelos cuidados à família e comunidade, a assistência da pessoa em situação crítica, a assistência na doença terminal e morte digna. Os cursos temáticos aprofundam o conhecimento em áreas específicas. Em suma serão abordados os diferentes modos de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes tendo em conta o papel privilegiado que os enfermeiros desempenham junto de quem recorre aos serviços de saúde. Ou, dito de outra forma, reforçar o compromisso que assumimos todos os dias com o cidadão.

Para assinalar a realização deste evento e congregar sinergias, elaborou-se o presente livro de atas. Este documento pretende assumir o compromisso da partilha e da divulgação do conhecimento. Para além da atualidade e relevância científica, constituem pontos de contato de estudiosos destas matérias, que respondendo ao nosso apelo submeteram comunicações sob a forma de comunicações orais e *posters*, que teremos oportunidade de acompanhar ao longo destes dois dias.

Se a produção de qualquer evento, direta ou indirectamente, nunca é um ato isolado o que aqui apresentamos contou com a colaboração e a conjugação de esforços de muitas pessoas. É de justiça, por isso, que se felicitem as comissões científica e organizadora que, por sua vez, contaram com o envolvimento ativo dos Dirigentes da Escola Superior de Saúde do IPB e da Unidade de local de Saúde do Nordeste Transmonstano.

Saudamos e agradecemos a presença de todos(as) os que quiseram juntar-se a nós, pela participação viva e empenhada.

Helena Pimentel

ÍNDICE

A DEPRESSÃO EM DOENTES CRÓNICOS.....	9
Maria Gorete Baptista, André Pinto Novo, Maria Helena Pimentel	
ADESÃO À TERAPÊUTICA EM DIABÉTICOS DO TIPO II.....	25
Carina Neto de Carvalho, Catarina Andreia Oliveira Martins, Nelson Fernando Moreira Soares, Ricardo Jorge Miranda Rafael, Maria Isabel Barreiro Ribeiro, Isabel Cristina Jornal Freire Pinto	
ACIDENTES COM CRIANÇAS: PERCEÇÃO DE PAIS.....	39
Celeste da Cruz Meirinho Antão, Maria Augusta Pereira da Mata, Maria Filomena G. Sousa	
ADOLESCENTES: PERCEÇÃO DA AUTOIMAGEM.....	49
Maria Filomena G. Sousa, Maria Augusta Pereira da Mata, Celeste da Cruz Meirinho Antão	
ALEITAMENTO MATERNO: ARTIGO DE REVISÃO.....	59
Ana Maria Martins Morais, Sandra Cristina Mendo Moura	
ANÁLISE DAS ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE AO IDOSO, COM VISTA À TOMADA DE DECISÃO: O CASO DO DISTRITO DE BRAGANÇA..	71
Sandra de Fátima Gomes Barreira Rodrigues, Sandra Maria Fernandes Novo	
ANÁLISE SWOT DO CURSO DE ENFERMAGEM.....	85
Andreia Afonso, Cátia Pires, Telma Vaz, Eugénia Maria Garcia Anes	
ANÁLISIS DEL ÍNDICE DE SUICIDIOS EN LA PROVINCIA DE LEÓN (ESPAÑA) ENTRE LOS AÑOS 2000 Y 2010.....	94
Fernández, M.N., García, J.J., Díez, M.J., Sahagún, A.M., Díez, R., López, C., Sierra, M.	
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE MENTAL INSTITUCIONALIZADO.....	98
Maria de Fátima Pereira Geraldês, Eugénia Maria Garcia Jorge Anes, Sérgio Barrios	
AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL: RISCO DE SUICÍDIO NO IRC EM DIÁLISE.....	102
Eugénia Maria Garcia Jorge Anes, Maria Helena Pimentel, André Filipe Morais Pinto Novo	
AVALIAÇÃO DO ESTADO COGNITIVO DE UMA POPULAÇÃO INTERNADA NUMA UNIDADE DE CONVALESCENÇA DO DISTRITO DE BRAGANÇA.	117
Maria Isabel Barreiro Ribeiro, Ana Cristina Neves Duarte Nunes Barata, Luísa Elsa Magalhães Morais, Marco Paulo Correia Barata, Rui Miguel Soares Liberal	
AVALIAÇÃO DO RISCO DE DIABETES <i>MELLITUS</i> DO TIPO II EM COLABORADORES DE UMA SUPERFÍCIE COMERCIAL DO CONCELHO DE BRAGANÇA.....	125
Andreia do Rosário Esperança Monteiro, Cristiana Marlene Aragão Peredo, Sílvia Andreia da Silva Lopes, Maria Isabel Barreiro Ribeiro	
AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE IDOSOS E SEUS CONTEXTOS DE ENVELHECIMENTO: ESTUDO DAS NECESSIDADES SENTIDAS NO CONCELHO DE BRAGANÇA.....	134
Maria Patrocínia Ferreira Sobrinho Correia	
BURNOUT EM ENFERMEIROS DOS CUIDADOS CONTINUADOS.....	147
Laura Alves, Maria Gorete Baptista, Maria Helena Pimentel	
CAPACIDADE LABORAL E TRABALHO POR TURNOS: UM ESTUDO REALIZADO EM ENFERMEIROS.....	157
Adília Maria Pires da Silva Fernandes, Carlos Pires Magalhães, Celeste da Cruz Meirinho Antão, Eugénia Maria Garcia Jorge Anes, Maria Augusta Pereira da Mata, Maria Helena Pimentel, Maria Filomena Grelo Sousa	

A DEPRESSÃO EM DOENTES CRÓNICOS

Maria Gorete Batista^{1,2}, André Filipe Morais Pinto Novo^{1,2}, Maria Helena Pimentel^{1,2}

¹Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

²NIII Núcleode Investigação e Intervenção do Idoso

RESUMO

Introdução: As doenças crónicas podem ser mais ou menos exigentes pela natureza dos tratamentos e pela necessidade de cuidados contínuos, com inevitáveis repercussões na vida dos doentes. A depressão tem sido muito estudada e verifica-se que tem uma prevalência elevada em diabéticos e hemodialisados, podendo ser um fator relacionado com maior taxa de morbilidade e mortalidade nesses doentes, incluindo o suicídio. **Objetivos:** Neste estudo pretendemos avaliar os níveis de depressão em hemodialisados e diabéticos tipo II e verificar diferenças entre as duas amostras, uma vez que diferem relativamente à necessidade de alterações de modos de vida.

Material e Métodos: Foi feito um estudo exploratório numa amostra de 210 doentes em tratamento de hemodiálise e 57 diabéticos Tipo II. A escala utilizada para avaliar o comportamento das amostras proporciona a exploração das dimensões associadas à depressão: BDI - "Beck Depression Inventory", versão portuguesa (Beck et al., 1988). Analisou-se a sua fiabilidade e determinou-se a média amostral, o desvio padrão e os valores máximo e mínimo, encontrados nas amostras. Foi utilizado o teste t para amostras independentes que compara as médias de variáveis obtidas nos dois grupos.

Resultados: Os resultados obtidos para o α de Cronbach é superior a 0,7 (Diabéticos=0,899 e Hemodialisados=0,871), o que indica uma boa consistência interna da escala utilizada e portanto, das respostas fornecidas pelos inquiridos.

Os hemodialisados e diabéticos da amostra apresentam, em média, uma depressão de leve a moderada. Os diabéticos apresentam níveis mais baixos de Depressão (12,66) que os hemodialisados (15,20). O intervalo encontrado varia respetivamente entre 0 a 41 e 0 a 49 e, atendendo ao esperado que varia entre 0 a 63, podemos afirmar que existem indivíduos sem depressão mas, opostamente, também existem indivíduos com depressão grave. Não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Conclusões: A doença crónica implica sempre sofrimento e mudanças no estilo de vida e por esse motivo nunca é bem recebida. Mesmo os que parecem mais adaptados apresentam alguma revolta por detrás de sua tolerância, porque ninguém quer adoecer, muito menos ser doente para toda a vida. Os sentimentos que acompanham o adoecer são negativos, podendo chegar à depressão. É importante a deteção precoce de sintomas depressivos, para que sejam tomadas medidas terapêuticas adequadas a cada paciente no seu contexto biopsicossocial, evitando o suicídio que, mesmo de forma inconsciente, pode ocorrer quando existem dificuldades em lidar com grandes alterações nos hábitos de vida como acontece nestes doentes crónicos.

Palavras-chave: Depressão; Doente Crônico.

INTRODUÇÃO

A crescente evolução dos conhecimentos na área da medicina permitiu um aumento da longevidade, mas, em concomitância, tem-se vindo a verificar um aumento na incidência das doenças crônicas e incapacitantes, que se tornam atualmente mais comuns que as doenças agudas. São mais frequentes nas idades avançadas, ainda que possam acontecer em qualquer etapa do ciclo vital do indivíduo.

As doenças crônicas representam um dos maiores problemas de saúde no mundo industrializado e constituem as primeiras causas de incapacidade e morte prematura. Os fatores ambientais próprios das cidades industrializadas, conjuntamente com fatores hereditários ou predisponentes, são as suas causas. As doenças crônicas são variadas e podem afetar todos os sistemas orgânicos. Apesar da diferente etiopatogenia, existem aspetos que se aplicam as várias situações: consistem em situações que se prolongam no tempo, irreversíveis, afetando profundamente a vida dos indivíduos, com implicações biopsicossociais; requerem uma ligação contínua aos cuidados/serviços de saúde; alteram a dinâmica familiar e envolvem sempre alguma incapacidade a longo termo.

Torna-se importante compreender as modificações na vida do indivíduo que padece de uma doença e os mecanismos subjacentes a adaptação individual. Segundo Kaplan (1990), qualquer mudança cria uma tensão significativa quando é inesperada e quando envolve não somente a adaptação de uma perda, mas também a necessidade de ajuste a novas situações, provocando tensões e problemas.

O diagnóstico de uma doença crônica traz impactos que interferem na vida do indivíduo como um todo (Brito, 2009). A nova condição exige mudanças no estilo de vida, nos seus comportamentos e na forma de lidar consigo próprio e com os outros. Os hábitos existentes até então podem ser alterados em função do tipo e gravidade da doença e seu tratamento, levando o indivíduo a uma necessidade de adaptação as novas exigências, na tentativa de ultrapassar os obstáculos e dificuldades (Santos e Sebastiane, 1996). Existe uma ameaça para o seu próprio sistema que não depende apenas do grau real do desequilíbrio psíquico provocado pela doença, mas também da alteração do conceito da sua natureza (Carlson, 1984). Estas alterações determinam o comportamento do doente que nos traduz a sua posição face à doença "sentida".

O modo de reagir face ao diagnóstico de uma doença crônica depende de aspetos relacionados com a doença (tipo, estadio, sintomas, tipo de tratamento, opções de reabilitação), com

características individuais (idade, experiências e modos de reagir prévios, crenças e valores nomeadamente religiosos) e ainda com o contexto sociocultural e o significado de crise de vida (Marques et al, 1991; Santos, 1995). Já Lloyd em 1977 (cit. Por Gathercole,1988) afirmou que o modo como os doentes reagem a sua doença depende da sua personalidade, do seu ambiente e da doença em si.

As reações perante a doença são diversas e, mais do que da doença em si, dependem da forma como a situação é interpretada no contexto da trajetória existencial da pessoa e da sua perceção acerca das ameaças que a doença representa (Teixeira, 1993).

Sabemos que a doença é fonte de sofrimento, senão a mais comum, pelo menos a mais evidente (Serrão, 1995), e que constitui sempre uma ameaça real ou imaginária à integridade da pessoa, confrontando-a com a sua fragilidade e com a ideia de morte (Gameiro, 1999). Principalmente as doenças irreversíveis, revelam-nos a vulnerabilidade da vida humana, a violência do real sofrimento físico, psíquico e do imaginário. Todo o mundo simbólico e projetado e posto em questão (Frei Bernardo, 1994). O indivíduo vivencia então um processo de experiência subjetiva de sofrimento, desencadeando diversas respostas adaptativas. Estas podem ser de defesa ou de confronto com a situação, de negação ou aceitação, de isolamento ou de procura de ajuda (Mchugh & Vallis, 1996). Os sentimentos e emoções negativas podem levar a depressão grave e ao suicídio.

A depressão tem sido objeto de estudo em doentes crónicos, nomeadamente em hemodialisados e diabéticos. Craven (1987) e House (1987) cit. por Almeida e Meleiro (2000) referem que os sintomas que melhor definem os deprimidos são o desejo de morte ou ideação suicida, culpa excessiva, sentimentos de menos-valia, anedonia (perda de interesse e prazer nas atividades diárias) e humor deprimido por mais de duas semanas.

Nas doenças renais, a população que tem sido mais estudada quanto à depressão, é a de doentes em tratamento dialítico e, sem dúvida, a IRC e a dialise são stressores que precipitam depressão, principalmente em indivíduos vulneráveis (Teng, Humes & Demetrio, 2005). Segundo Rodin (1989), cerca de metade dos doentes em tratamento de dialise refere sintomas depressivos, no entanto, em menos de 25% deles é possível o diagnóstico de TDM. No entanto, vários estudos indicam que a depressão e a perturbação psiquiátrica que se observa com maior frequência nesses doentes (Almeida, 1985; Lume e col., 1991; Levy, 1991, 1996; Lloyd, 1991; Meleiro, 1993; Kimmel, 1993, 1998, 2000, 2001; Sensky, 1993; Steele, 1996). Apesar dos seus efeitos ainda não serem conclusivos, existe uma tendência à associação direta com a morbilidade e

mortalidade nesse grupo de doentes (Burton, 1986; Sensky, 1997; Shulman, 1989; killey, 1993; Rodin, 1994; Kimmel, 2002).

Num estudo prospetivo com avaliações diagnósticas seriadas observou-se um aumento do risco de mortalidade de 18% a 32% (Kimmel et al., 2000). Segundo Kurella et al. (2005), os doentes com IRC apresentam risco aumentado de suicídio em relação à população em geral. Alexander & Almeida (2000) apontam para uma associação entre depressão e diminuição da adesão ao tratamento o que influencia negativamente a qualidade de vida, aumentando em até 15 vezes a taxa de suicídio. A mortalidade por suicídio nos pacientes com IRC é a mais grave complicação da depressão e tem sido notada há décadas, sendo predominante no sexo masculino (Kimmel, 1993). Em vários estudos mencionados por Almeida & Meleiro (2000) verificou-se que a taxa de suicídio nessa população varia amplamente, podendo ser de 10 a 400 vezes maior que na população geral (Cohen, 1996; Abram, Moore & Westevelt, 1971; Neu & Kjellstrand, 1986).

Por outro lado estudos em doentes diabéticos mostraram uma prevalência de depressão que variou entre 0 e 60,5% (Amato e tal, 1996; Von Dras & Lichty, 1990), sendo o BDI o instrumento mais utilizado nessa avaliação (Leedom et al, 1990; Garduno, Tellez & Hernandez, 1998). Anderson et al (2001) realizaram uma meta-análise, concluindo que a diabetes praticamente duplica o risco de depressão. Verificaram que um em cada três pacientes diabético tem depressão e que as mulheres diabéticas apresentam maior risco de depressão e ainda que não havia diferença na prevalência de depressão entre o DM tipo I e II.

Seja qual for a doença, sabemos que terá impacto na vida do indivíduo. A pessoa não sofre só quando sente dor física mas, para além dessa causa evidente de sofrimento, sofre quando sente qualquer perda significativa, real ou em perspetiva para o seu futuro próximo (Gameiro, 1999), como a perda da saúde com consequentes alterações no estilo de vida. Não podemos evitar que os doentes experimentem emoções negativas que até são úteis na resolução de problemas e no crescimento pessoal, no entanto, quando prolongadas podem levar a graves problemas para o indivíduo e para a sociedade, como a depressão. Fredrickson (2001) fala-nos da importância de entender e promover fatores que permitam aos indivíduos a construção de emoções positivas para um melhor confronto com os problemas que vão surgindo.

Cada vez mais, a doença crónica vai deixando de ser uma fatalidade para ser um outro estilo de vida, uma forma de aprender a viver com um corpo doente (Malpique, 1995).

OBJETIVOS

O objetivo central da presente investigação consiste no estudo da depressão em doentes crónicos. Para verificarmos se os resultados do estudo diferem, considerando se a doença crónica é mais ou menos incapacitante ou agressiva relativamente à necessidade de alterações de modos de vida, foram seleccionadas duas populações: doentes em tratamento de hemodiálise e doentes com Diabetes Tipo II, sendo esta uma doença, *a priori*, com menor impacto que aquela ao nível bio-psico-social na vida das pessoas. Assim sendo, os objetivos do estudo são:

- Avaliar os níveis de depressão em hemodialisados e diabéticos tipo II.
- Verificar se existem diferenças nos resultados obtidos para a depressão, entre os doentes em tratamento de hemodiálise e os diabéticos tipo II.

MATERIAL E MÉTODOS

A amostra populacional consistiu de 210 doentes em tratamento de hemodiálise crónica, em onze Centros de Hemodiálise do Norte e Centro do País (61% homens com uma média de idades de 53,39 anos), e 57 diabéticos Tipo II, utentes dos Centros de Saúde do Distrito de Bragança (56,1% homens, com uma média de idades de 61 anos).

Foi utilizada uma escala que proporciona a exploração das dimensões associadas à depressão: Inventário de Depressão de Beck (BDI - "Beck Depression Inventory"; Beck et al., 1961), versão portuguesa. O BDI é provavelmente a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica (e.g. Dunn et al., 1993), tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países.

A escala original consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3, numa crescente de sintomatologia depressiva. Os itens referem-se a Tristeza, Pessimismo, Sensação de fracasso, Falta de satisfação, Sensação de culpa, Sensação de punição, Auto depreciação, Autoacusações, Ideias suicidas, Crises de choro, Irritabilidade, Retração social, Indecisão, Distorção da imagem corporal, Inibição para o trabalho, Perturbação do sono, Fadiga, Perda de apetite, Perda de peso, Preocupação somática, Diminuição de líbido.

Os resultados variam entre 0 e 63, significando respetivamente, ausência de depressão e depressão major. Para amostras de pacientes com transtorno afetivo o "Center for Cognitive Therapy" (Beck et al., 1988) recomenda os seguintes pontos de corte: menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 = depressão de leve a moderada; de 19 a 29 = depressão de moderada a grave; de 30 a 63 = depressão grave.

Avaliou-se o comportamento das amostras relativamente ao BDI. Somaram-se os itens da escala para obter a pontuação global de cada indivíduo. Sendo assim, determinou-se a média amostral de scores obtidos, o respetivo desvio padrão (medida de dispersão) e os valores máximo e mínimo, encontrados nas amostras. Foi utilizado o teste t para amostras independentes que compara as médias de variáveis obtidas em dois grupos distintos. A metodologia da comparação de médias pressupõe o conhecimento prévio da existência ou não, de homogeneidade de variâncias (teste de Levene) ou seja, se não há diferenças de variabilidade significativa nas respostas entre dois grupos.

RESULTADOS

Analisou-se a fiabilidade do constructo utilizado neste estudo para os dois grupos. Os resultados obtidos para o α de Cronbach é superior a 0,7 (Diabéticos=0,899 e Hemodialisados=0,871), o que indica uma boa consistência interna da escala utilizada e portanto, das respostas fornecidas pelos inquiridos.

O comportamento dos indivíduos estudados pode observar-se na Tabela seguinte onde apresentamos as estatísticas descritivas para a escala, verificando-se que os valores máximos e mínimos estão dentro do intervalo esperado. A análise das médias e medianas permite verificar que na amostra os diabéticos, em relação ao dos hemodialisados, apresentam níveis mais baixos de Depressão (médias respetivamente de 12,66 e 15,20). O desvio padrão (variabilidade das respostas) é semelhante nos dois grupos, embora os valores observados para os hemodialisados sejam ligeiramente superiores aos dos diabéticos.

Tabela 1 – Estatística descritiva por grupo, para o BDI

	Grupo	n	Mean	Median	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Depressão	Diabéticos	56	12,66	10,50	9,154	0	41
	Hemodialisados	210	15,20	14,00	9,443	0	49

Os hemodialisados e diabéticos da amostra apresentam, em média, uma depressão leve a moderada (15,20; 12,66). Mas, atendendo a que o intervalo esperado varia entre 0 a 63 e observando que o intervalo nas amostras variam respetivamente entre 0 a 49 e 0 a 41, podemos afirmar que existem indivíduos sem depressão mas, opostamente, também existem indivíduos

com depressão grave (Beck et al., 1988) a qual não está diagnosticada uma vez que os sujeitos incluídos na amostra não tinham, à partida, psicopatologia.

Para verificar se as diferenças anteriores entre Hemodialisados e Diabéticos são significantes com o objetivo de generalizar os resultados, apresentam-se na Tabela 2 os resultados obtidos no teste t para comprar médias em duas amostras independentes e no teste de Levene para testar a igualdade de variâncias. Os resultados obtidos para o teste de Levene confirmam que não existem diferenças significantes para a variabilidade da escala quando se comparam os dois grupos, já que os valores de prova (Sig.) são superiores a 0,05.

Tabela 2 – Testes para comparação de médias e variâncias no BDI, em Hemodialisados e Diabéticos

			Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
			F	Sig.	t	Df	Sig.(1-tailed)
Depressão	Equal variances assumed		0,119	0,731	-1,799	264	0,037

Como os testes anteriores dependem do pressuposto de normalidade sendo também influenciado por *outliers*, apresenta-se de seguida uma caracterização dos resultados dos dois grupos na escala, para estudar estes pressupostos.

Os gráficos seguintes (Figura 1 e Figura 2) permitem analisar as distribuições dos dois grupos na escala. Para a distribuição ser normal os *box-plots* (diagramas do tipo caixa e bigodes) e os histogramas deveriam ser simétricos e sem *outliers* (no *box-plot* estes casos são marcados com círculos ou asteriscos). A análise dos gráficos sugere que em várias situações haverá violação do pressuposto de normalidade. Esta afirmação é confirmada pela Tabela 3 que apresenta os testes K-S e de Shapiro-Wilk, que testam a hipótese de normalidade. O valor de prova é inferior a 0,01 (1%) inferindo-se que a distribuição não é normal.

Figura 1 – Diagrama de caixa e bigodes

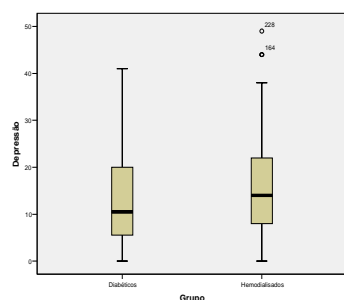


Figura 2 – Histogramas do BDI

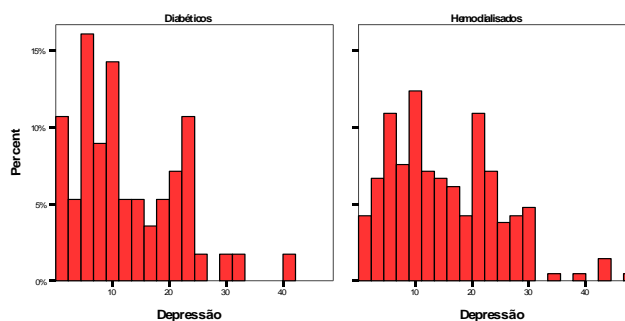


Tabela 3 – Testes de Normalidade do BDI para cada grupo

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Depressão	Diabéticos	0,136	56	0,012	0,937	56	0,006
	Hemodialisados	0,093	210	0,000	0,952	210	0,000

Como não existe normalidade efetuou-se o teste não-paramétrico de Mann Whitney, que é um substituto do teste t para amostras independentes quando se violam os pressupostos deste teste. Os resultados obtidos (Tabela 4) indicam diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), podendo inferir que os diabéticos apresentam menos depressão que os hemodialisados.

Tabela 4 – Teste não-paramétrico de Mann-Whitney do BDI para cada grupo

	Grupo	n	Mean Rank	Sum of Ranks	of Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (1-tailed)
Depressão	Diabéticos	56	116,41	6519,0	4923,0	6519,0	-1,872	0,031
	Hemodialisados	210	138,06	28992,0				

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

A depressão é uma variável que tem sido alvo de estudo em diferentes doenças crónicas. A doença crónica implica sempre sofrimento e mudanças no estilo de vida e por esse motivo nunca é bem recebida. Mesmo os que parecem mais adaptados apresentam alguma revolta por detrás de sua tolerância, porque ninguém quer adoecer, muito menos ser doente para toda a vida. Os sentimentos que acompanham o adoecer são negativos, pois as pessoas ao depararem com algo diferente e invasivo, demonstram sentimentos de menos valia, inferioridade, medo, raiva, ansiedade, podendo chegar à depressão (Geed, 2000).

No presente estudo ambos os grupos apresentam uma depressão de leve a moderada. No entanto verificamos que os diabéticos apresentam uma média de depressão mais baixa (12,7) que os hemodialisados (15,20), com uma grande variabilidade nos scores obtidos no BDI. Sendo que o intervalo de variação esperado é entre 0 a 63 e que o observado é de 0 a 41, temos diabéticos que não apresentam sintomatologia depressiva mas também existem diabéticos com depressão considerada grave (Beck et al, 1988), tal como nos hemodialisados, apesar de nestes o intervalo observado ser mais alargado (0 a 49).

A presença de sintomas depressivos pode diminuir a adesão ao tratamento e influencia negativamente a qualidade de vida, aumentando em até 15 vezes a taxa de suicídio nos hemodialisados (Alexander & Almeida, 2000) e ao não cumprimento da dieta e maior risco de interrupção do uso da medicação nos diabéticos (Eaton et al, 1992; Ciechanowski, Katon & Russo, 2000). Assim sendo, a depressão torna-se um preditor de menor sobrevida.

Independentemente do tipo de doença crónica, há sempre um impacto psicológico que poderá corresponder ao diagnóstico de cronicidade. A pessoa sabe que além de ter uma doença, ela é irreversível e portanto vitalícia. Assim sendo, terá de aprender a conviver com ela e a tomar medidas que a ajudem a ultrapassar as dificuldades e limitações advindas do tratamento e das complicações reais e potenciais.

A Depressão nos hemodialisados

O IRC encontra-se fragilizado pela doença, limitado pelo tratamento e impedido de usar os habituais mecanismos de compensação para enfrentar as tensões do seu dia-a-dia, e, dessa forma, deprime, evidenciando um humor depressivo persistente, hostilidade, sentimentos de desânimo e desesperança, pessimismo e impotência perante a dura realidade da doença e seu tratamento (Delgado, 1997; Levy, 1996).

Lume (1991) investigou o comportamento de doentes dialisados, referindo-se à sua crise vital, à falência dos seus meios de superação, ao aparecimento de psicopatologia.

Vários estudos indicam que a depressão é a perturbação que se observa com maior frequência em todo o tempo de diálise (Lume e col., 1991; Levy, 1991, 1996; Lloyd, 1991; Meleiro, 1993; Kimmel, 1993, 1998, 2000, 2001; Sensky, 1993; Steele, 1996; Alexander & Almeida, 2000).

No entanto, apesar de grande parte dos pacientes em diálise referir sintomas depressivos, em menos de 25% deles os sintomas não são compatíveis com um diagnóstico de TDM (Rodin, 1989), o que corrobora com os nossos resultados, pois os hemodialisados da amostra apresentam, em média, uma depressão leve a moderada (15,20). Mas, atendendo a que o intervalo esperado varia entre 0 a 63 e, observando que o intervalo na amostra varia entre 0 a 49, podemos afirmar que existem indivíduos sem depressão mas, opostamente, também existem indivíduos com depressão grave (Beck et al., 1988), a qual não está diagnosticada, uma vez que os sujeitos incluídos na amostra não tinham psicopatologia diagnosticada.

Este resultado vai de encontro a outros estudos conclusivos de que a depressão nos hemodialisados ainda permanece em grande parte sub-diagnosticada, o que pode estar relacionado com dúvidas quanto à validade diagnóstica de muitos sintomas depressivos, mas

também pelo pessimismo quanto à eficácia da possível terapêutica (Craven, 1987). Segundo Parkerson (1997), nos pacientes com IRC, a percepção negativa do seu estado de saúde foi mais associada com o grau de ansiedade e depressão que com a gravidade da doença. A depressão altera no indivíduo a avaliação sobre a sua própria doença e tratamento, influenciando a avaliação da sua qualidade de vida (Sensky, 1990).

No IRC, os sintomas psicológicos de depressão devem ser mais valorizados que os somáticos, pois são indicadores de pior prognóstico destes doentes, principalmente nos primeiros anos do tratamento de hemodiálise (Peterson, 1991). Em vários estudos se tem verificado que a depressão pode ser um factor relacionado com maior taxa de morbidade e mortalidade nesses pacientes (Sensky, 1997; killey, 1993; Rodin, 1991; Shulman, 1989). Abram (1974), associa a depressão a um estado de evolução psicológica como pertencendo à fase crónica: "Vale mais viver ou morrer?". A longo prazo, o paciente questiona se vale a pena continuar a viver, tendo em conta as restrições impostas pela diálise, o regime, as medicações, o estado geral, etc.

É então importante a deteção precoce de sintomas depressivos, para que sejam tomadas medidas terapêuticas adequadas a cada paciente no seu contexto biopsicossocial, não privando o paciente de benefícios importantes (O'Donnell, 1997; kennedy, 1989), melhorando a adesão terapêutica e prognóstico (Steele, 1996). O recurso a um apoio psicológico pode ser importante para o doente, ajudando-o a elaborar melhor as suas perdas, consciencializando a doença e as exigências do tratamento e reforçando alguns mecanismos de defesa psicológicos que permitem ao doente combater a depressão e adaptar-se melhor à situação de HD (Levy, 1991;1996).

A Depressão nos diabéticos

Alguns estudos mostraram uma prevalência de depressão no paciente com diabetes que variou entre 0 e 60,5% (Amato et al, 1996; Von Dras & Lichty, 1990), sendo o BDI o instrumento mais utilizado nessa avaliação (Leedom et al, 1990; Garduño, Téllez & Hernández, 1998), mas também o que apresentou a maior variação nas taxas de prevalência (11,5 a 49,3%). Anderson et al (2001) realizaram uma meta-análise, utilizando artigos sobre o tema, confirmando a associação entre depressão e diabetes. Concluíram que a diabetes praticamente duplica o risco de depressão, verificaram que um em cada três pacientes diabético tem depressão e ainda que não havia diferença na prevalência de depressão entre o DM tipo I e II.

A diabetes tipo II atinge principalmente a população na faixa etária 30-69 anos (embora hoje já se observe este quadro também em crianças devido a obesidade e ao sedentarismo infantil) e requer um tratamento, além do controle analítico, essencialmente baseado no exercício físico,

controle na alimentação e por vezes antidiabéticos orais, podendo chegar ao tratamento com insulina (Delamater & cols., 2001; Graça, Burd & Mello Filho, 2000; Zagury & cols., 2000).

A amostra de diabéticos do presente estudo encontra-se em média nessa faixa etária e são doentes não insulino-dependentes. Podemos assim pensar que estes não vivenciam tratamentos tão agressivos como os hemodialisados e que, portanto, seria uma doença com menor impacto biopsicossocial na vida dos indivíduos afetados.

A diabetes é uma doença potencialmente invalidante, que determina mudanças nas atividades de vida da pessoa afetada. Assim sendo, quando a alguém é diagnosticada diabetes, é normal que vivencie vários sentimentos negativos, como regressão, perda da autoestima, insegurança, ansiedade, negação e depressão. De acordo com a estrutura psíquica da pessoa e dos recursos internos, ela lidará, melhor ou pior, com a nova situação de doença (Debray, 1995; Graça & cols., 2000).

Segundo Pinkus (1988), o modo como o indivíduo enfrenta o diagnóstico da diabetes depende essencialmente de três fatores: o modo como teve conhecimento da doença; as experiências anteriores que teve em relação à doença como por exemplo amigos ou pessoas da família que tiveram ou têm a doença e o modo como a família e os amigos reagiram face ao diagnóstico.

Neste estudo os diabéticos que vivem com a família e os que referem ter apoio psicológico apresentam níveis mais elevados de auto-actualização, verificando correlações estatisticamente significativas, mostrando assim a importância das pessoas significativas para a continuidade do desenvolvimento e valorização pessoal, traduzidos pela auto-actualização. Esta é uma variável positiva e importante na nossa amostra de diabéticos, atendendo a que a auto-actualização é a variável que mais influencia a aceitação da doença nesse grupo, ou seja, quanto mais elevada for maior será a aceitação da doença.

No estudo de Spiess e cols. (1994) a aceitação e compreensão da doença mostraram ser aspetos importantes de adaptação psicológica e que, independentemente da presença de depressão e ansiedade, são os que levam ao melhor controlo dos níveis de glicemia. O diabético deverá ter conhecimentos acerca da doença e suas repercussões e consciência da importância de um bom controlo. Mas, para que este seja efetivo, segundo Delamater et al (2001), não basta ter consciência, sendo necessária uma aceitação interna da sua condição, pois a doença física atinge diretamente o emocional e este não é determinado apenas por aspetos conscientes, mas também por aspetos internos profundos e inconscientes, que podem impedir um bom controlo da doença. Estes autores estabelecem a relação entre o emocional e a diabetes e atribuem importância ao

acompanhamento psicológico aos indivíduos afetados, o qual proporcionará uma compreensão dos aspetos emocionais da doença, minimizando os sofrimentos psíquicos e elaborando a aceitação da doença para obtenção de uma melhor qualidade de vida.

A dificuldade em adaptar-se à doença pode estar associada a um aumento dos sintomas depressivos, prejudicando o funcionamento diário destes indivíduos (Connell et al, 1994).

Como sabemos, a diabetes é uma doença crónica e incurável que atinge milhões de pessoas e que tende a crescer em todo o mundo (GEED, 2001), com repercussões biopsicossociais graves. Sabendo que a diabetes tipo II pode ser prevenida evitando o excesso de peso e combatendo o sedentarismo, é preciso investir no diagnóstico precoce e no seu tratamento para obtenção da melhor qualidade de vida possível das pessoas afetadas.

Atendendo aos resultados do presente estudo, em que não verificamos diferenças significativas entre hemodialisados e diabéticos tipo II, torna-se importante compreender as modificações na vida do indivíduo que padece de uma doença e os mecanismos subjacentes à adaptação individual, independentemente da doença crónica ter mais ou menos repercussões que são visíveis e imaginadas pelos profissionais da saúde.

Segundo Kaplan (1990), qualquer que seja a mudança na vida do indivíduo, cria uma tensão significativa principalmente quando é inesperada e quando envolve não somente a adaptação de uma perda, mas também a necessidade de ajuste a novas situações, provocando tensões e problemas.

O diagnóstico de uma doença crónica traz impactos que interferem na vida do indivíduo como um todo (Brito, 2009). A nova condição exige mudanças no estilo de vida, nos seus comportamentos e na forma de lidar consigo próprio e com os outros. Os hábitos existentes até então podem ser alterados em função do tipo e gravidade da doença e seu tratamento, levando o indivíduo a uma necessidade de adaptação às novas exigências, na tentativa de ultrapassar os obstáculos e dificuldades (Santos e Sebastiane, 1996). Assim sendo, é necessária uma adaptação e ressignificação da vida em vários sectores. A doença pode auxiliar na reflexão de valores e para isso, o indivíduo busca algo que explique a sua doença e o faça aceitá-la. Nessa busca de aceitação tenta anular as diferenças e limitações causadas pela doença (Radley, 1995), prosseguindo objetivos de vida como pessoa auto-actualizada e como um ser mais integrado da doença (Guerra, 1998), movendo-se assim numa perspectiva de crescimento e evolução, tendendo sempre para o desenvolvimento dos seus potenciais, sem no entanto se esquecer do momento presente, ou das circunstâncias sua vida atual (Perry & Potter, 1999).

As preocupações, os medos e as ansiedades com que vivem a situação de doença estão sempre presentes e deve ser atribuída grande importância, pois, segundo Gameiro (1986), "os sofrimentos psicológicos ou morais são subtis pelo que muitas vezes os médicos e os enfermeiros se esquecem de os considerar nas suas relações com os doentes" (p.59). A pessoa não sofre só quando sente dor física mas, para além dessa causa evidente de sofrimento, sofre quando sente qualquer perda significativa, real ou em perspectiva para o seu futuro próximo (Gameiro, 1999), como a perda da saúde com consequentes alterações no estilo de vida. Não podemos evitar que os doentes experimentem emoções negativas que até são úteis na resolução de problemas e no crescimento pessoal, no entanto, quando prolongadas podem levar a graves problemas para o indivíduo e para a sociedade, como a depressão. Fredrickson (2001) fala-nos da importância de entender e promover fatores que permitam aos indivíduos a construção de emoções positivas para um melhor confronto com os problemas que vão surgindo.

Sem dúvida planteiam-se reflexões de extenso significado, traduzindo a necessidade de uma análise psicossocial e de comportamentos dos pacientes que sofrem com a situação de cronicidade de doença e dos seus tratamentos. Esta deveria ser feita por uma equipa multidisciplinar, que não deve apenas preocupar-se com a fase de diagnóstico da IRC e com o acompanhamento terapêutico hospitalar ou na consulta, mas tem de prever todo um projeto mais abrangente que inclua uma ação pró-ativa pedagógica e de apoio psicossocial, para com o doente e sua família. É pois necessário avaliar com cada doente, no seu contexto individual e sócio-familiar, quais são as suas necessidades e que estratégias utilizam para este confronto, pois "cada um reage de forma diferente a situação de doença e vai organizar-se para superar, em certa medida, essa vivência traumática" (Malpique, 1995:160).

A doença, seja ela qual for, constitui um obstáculo ou limitação nos interesses e na satisfação das necessidades de qualquer indivíduo. Constitui uma fonte de insatisfações, sofrimentos e problemas de adaptação a uma situação nova na vida do doente, que ele não os consegue solucionar sozinho. As ajudas da sociedade, da família e dos técnicos de saúde, são indispensáveis para que o doente consiga adaptar-se novamente a vida (Gameiro, 1986; Martins, 2002; Baptista, 2011).

Podemos então dizer que o cuidado, a estes e destes doentes, apresenta por si só uma necessidade crescente de conhecimento e compreensão de todos os fatores que os afetam e de como conseguem, ou não, lidar com os problemas de forma positiva. Esse conhecimento e compreensão passam pelo doente e sua família e pela equipa assistencial que o atende, em

especial para a enfermagem que e quem maior número de horas passa a seu lado, fornecendo uma base valiosa para a prestação de uma ajuda mais eficaz, de forma a melhorar a qualidade de vida do doente afetado por uma doença e tratamento ameaçadores (Baptista, 2011).

BIBLIOGRAFIA

- Abram H.S., Moore G.L., Westveit F.B. (1971). Suicidal behavior in chronic dialysis patients. *Am J Psychiatry*, 127, 1119-1127.
- Almeida, A.M. & Meleiro, A.M.A.S. (2000). Depressão e IRC: uma revisão. *J Bras Nefrol*, 22 (1), 192-200.
- Almeida, J.M.C. (1985). *A adaptação do insuficiente renal crónico à hemodiálise*. Tese de Doutoramento apresentada na Universidade de Lisboa.
- Amato, L.; Paolisso, G.; Cacciatore, F.; Ferrara, N.; Canónico, S.; Rengo, F. et al. (1996). Non-Insulin-dependent diabetes mellitus is associated with a greater prevalence of depression in the Elderly. *Diabetes Metab*, 22 (5), 314-318.
- Anderson, R.J.; Freedland, K.E.; Clouse, R.E. & Lustman, P.J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078.
- Baptista, M.G.J. (2011). *Aceitação da Doença Crónica: Um estudo no adulto em tratamento de hemodiálise*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Brito, D.C.S. (2009). A orientação profissional como instrumento reabilitador de pacientes portadores de doenças crónicas e deficiências adquiridas. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 15 (1), 106-119.
- Burton, H.J.; Kline, A.S.; Heidenheim, A.P. & Lindsay, R.M. (1986). The relationship of depression to survival in chronic renal failure. *Psychosom Med*, 48, 261-269.
- Carlson, C.E. (1984). La perte. In: *Les Comportements humains : concepts et applications aux soins infirmiers*, Paris, Le Centurion, 127-151.
- Cohen, L.M. (1996). Renal disease. In: Rundell JR, Wise MG, editors. *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. Washington (DC): American Psychiatric Press, 573-578.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 56 (3), 218-226
- Gameiro, M.H. (1999). *O sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Garduño-Espinosa, J.; Téllez-Zenteno, J.F. & Hernández-Ronquillo, L. (1998). Frecuencia de depresión en pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Invest Clin*, 50(4), 287-291.
- Gathercole, W.K. (1988). Aspectos psicossociais da insuficiência renal terminal. *Nursing*, Lisboa (3), 20-24.
- Kaplan, H. & Sadock, B.J. (1990). *Compêndio de psiquiatria* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Killey, D.J.; Lam, C.S. & Pollak, R. (1993). A study of treatment compliance following kidney transplantation. *Transplantation*, 55, 51-56.
- Kimmel, P.L.; Peterson, R.A.; Weihs, K.L.; Shidler, N.; Simmens, S.J.; Alleyne, S. et al (2000). Dyadic relationship conflict, gender, and mortality in urban hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol*, 11, 1518-1525.
- Kimmel, P.L.; Weihs, K. & Peterson, R.A. (1993). Survival in hemodialysis patients: the role of depression. *J Am Soc Nephrol*, 4, 2-27.
- Kimmel, P.L. (2000). Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis*, 35 (4), 132-140.
- Kimmel, P.L. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int*, 59, 1599-1613.
- Kimmel, P.L. (2002). Depression I Patients with Chronic Renal Disease. What we Know and What We Need to Know. *J Psychosm Res*, 53, 951-956.
- Kurella, M.; Kimmel, P.L.; Young, B.S.; Chertow, G.M. (2005). Suicide in the United States End-Stage Renal Disease Program. *J Am Soc Nephrol*, 16, 774-781.
- Leedom, L.; Meehan, W.P.; Procci, W. & Zeidler, A. (1991). Symptoms of depression in patients with type II diabetes mellitus. *Psychosomatics*, 32(3), 280-286.
- Levy, N.B.(1991). Psicologia de reabilitação. In Daugirdas, J. T. & Ing, T. S., *Manual de diálise*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Levy, N.B. (1996). Psicologia e Reabilitação. In Daugirdas, J. T. & Ing, T. S., *Manual de Diálise* (2ª ed., pp. 321-344). Rio de Janeiro: Medsi.
- Lloyd, G.G. (1991). Textbook of general hospital psychiatry. Edinburg: *Churchill Livingstone*; 167-168.
- Lume, J.R. (1991). Aspectos Gerais sobre a Situação da Pessoa em Hemodiálise. *Arquivos de Medicina*, 5 (2), 88-92.
- Malpique, C. (1995, Setembro). Prevenção da Doença Crónica- Apoio Psicoafectivo. *Revista Nascer e Crescer*, 4 (2), Porto, 160-161. ISBN 0872-0754.
- Marques, A.R.; Santos, G.; Firmino, H.; Santos, Z.; Vale, L.; Abrantes, P.; Moniz, M.; Amaral, A.P.; Galvão, M.J.; Clemente, V.; Pissarra, A.; Albuquerque, E.; Gomes, A.A. & Morais, I. (1991). Reações emocionais à doença grave: como lidar. *Psiquiatria clínica*. Coimbra.
- Meleiro, A.M.A.S. (1993). Abordagem da depressão no hospital geral. In Fráguas RJr, Meleiro AMAS, Spinelli, M.A., Assumpção, F.B. Jr. (Eds). *Psiquiatria e psicologia no hospital geral: a clínica das depressões* (pp. 73-80). São Paulo: Astúrias.
- Neu, S. & Kjellstrand, C.M. (1986). Stopping long-term dialysis: Empirical study of withdrawal of life-supporting treatment. *N Eng J Med*, 314, 14-20.

- Rodin, G. (1994). Depression in patients with end-stage renal disease: psychopathology or normative response? *Adv Ren Replace Ther*, 1, 219-227.
- Santos, C.T. & Sebastiane, R.W. (1996). O acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crónica. In: V. A. Angerani-Camon (org.). *E a psicologia entrou no hospital* (pp. 147-176). São Paulo: Pioneira.
- Sensky, T. (1993). Psychosomatic aspects of end-stage renal failure. *Psychoter Psychosom*, 59, 56-68.
- Sensky, T. (1997). Depression in renal failure and its treatment. In: Robertson MM, Katona CLE, editors. *Depression and physical illness*. Chichester: John Wiley & Sons, 359-375.
- Serrão, D. (1995). A Eutanásia e o Direito de não Sofrer. In *Cadernos de Bioética: Sofrimento e Dor*. Coimbra, Edição CEB, (9), Abril, 29-34.
- Shulman, R.; Price, J.D.E. & Spinelli, J. (1989). Biopsychosocial. Aspects long-term survival on end-stage renal failure therapy. *Psychol Med*, 19, 945-954.
- Steele, T.E.; Baltimore, D.; Finkelstein, S.H. et al (1996). Quality of live in peritoneal dialysis patients. *J Nerv Ment Dis*, 184, 368-74.
- Teixeira, J.A.C. (1993, Out. / Dez.). Introdução às Abordagens Fenomenológica e Existencial em Psicopatologia I: A Psicopatologia Fenomenológica. *Análise Psicológica*, 11 (4), 621-627.
- Teng, C.T.; Humes, E.C.; Demetrio, F.N. (2005). Depressão e comorbilidades clínicas. *Rev. Psiq. Clín.* 32 (3), 149-159.
- Von Dras, D.D. & Lichty, W. (1990). Correlates of depression in diabetic adults. *Behav Health Aging*, 1, 79-84.