

Revisão: A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica

The role of mental health in the quality of life and survival of end-stage renal disease patients

Alexander Moreira de Almeida

Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Saúde mental. Qualidade de vida. Sobrevida. Insuficiência renal crônica. Diálise. Psiquiatria. Psicologia. Depressão. Mental health. Quality of life. Survival. Chronic renal failure. Dialysis. Psychiatry. Psychology. Depression.

Resumo

A saúde mental (SM) dos portadores de insuficiência renal crônica (IRC) ainda é um aspecto do tratamento que tem sido negligenciado. O presente artigo revisa as principais evidências disponíveis relativas à influência da saúde mental sobre a qualidade de vida (QV) e sobrevida dos pacientes com IRC. Estudos têm apontado para um importante papel da depressão na QV, muitas vezes superior ao das variáveis físicas. Os transtornos mentais, notadamente a depressão, estão relacionados à incapacitação do paciente, aumento da não aderência aos tratamentos, do suicídio e da mortalidade por causas naturais. Esses achados se mantêm mesmo após o controle para variáveis socioeconômicas e clínicas, como gravidade da doença clínica e qualidade de seu tratamento. Também é brevemente discutido o impacto do transplante renal e das fases pré-dialítica e dialítica sobre a SM. Concluindo, a SM tem emergido como um importante fator de influência sobre a QV e as condições clínicas dos portadores de IRC. Os indicadores psicossociais precisam ser incluídos na avaliação dos pacientes, definição de tratamento e na análise da eficácia de nossa terapêutica.

Abstract

Mental health (MH) of chronic renal failure (CRF) patients has still been overlooked in their treatment. The present study reviews the available evidence of MH impact on quality of life (QL) and survival of CRF patients. Studies have suggested a major role of depression in QL deterioration and in many cases it is more determining than physical parameters. Mental disorders, especially depression, are related to patient's disabling, treatment non-compliance, and natural death. These findings are yet important even when socioeconomic variables and clinical variables such as disease severity and quality of treatment are controlled for. The impact of renal transplantation and pre-dialysis and on-going dialysis on MH are also briefly discussed. In conclusion, MH has emerged as an important factor affecting QL and clinical

*O presente artigo é o primeiro de uma série elaborada pela Comissão de Saúde Mental e Nefrologia da Sociedade Brasileira de Nefrologia.

condition of CRF patients. Psychosocial indicators should always be included in the clinical evaluation of these patients, treatment choice and assessment of treatment efficacy.

I n t r o d u ç ã o

Até apenas quatro décadas atrás, a Insuficiência Renal Crônica (IRC) terminal era uma sentença de morte próxima. Felizmente, os tratamentos substitutivos da função renal mudaram essa sombria profecia. Para que tal transformação ocorresse, foi necessário um intenso trabalho centrado no objetivo de prolongar a vida dos portadores de IRC. Atualmente, já que se conseguiu uma razoável sobrevida para os pacientes, uma outra meta foi adicionada à anterior: qualidade de vida (QV). Ou seja, não se tem buscado mais apenas um prolongamento da sobrevida, mas que este período seja também vivenciado com qualidade.^{1,2} Nesse sentido, a IRC e sua terapêutica constituem-se em importantes estressores para os pacientes que os vivenciam, podendo ter um grande impacto sobre a QV.³

Como será discutido à frente, um dos principais determinantes da QV é a saúde mental do indivíduo. Entretanto, este é um tema ainda pouco conhecido e debatido entre os profissionais de Nefrologia. Com o intuito de colaborar no preenchimento de tal lacuna, será elaborada uma série de quatro artigos abordando diversos aspectos da saúde mental em Nefrologia. A presente revisão é a primeira da série e tem por objetivo apresentar as mais recentes evidências sobre a importância da saúde mental do adulto portador de IRC, com especial ênfase à qualidade de vida e sobrevida. Pelo fato de ser o transtorno mental (TM) mais frequente e se constituir no principal objeto de estudo das pesquisas já realizadas, a depressão receberá um destaque especial no presente trabalho.

Qualidade de vida

Qualidade de vida é um conceito muito utilizado recentemente, mas que só a partir da década de 1970 tem sido estudado de modo sistemático. É um constructo multidimensional, abrangendo o funcionamento físico, psicológico e social. A percepção da QV não se relaciona diretamente com o *status* funcional objetivo de um paciente. Na IRC, a QV muitas vezes parece ser mais influenciada pelos níveis de ansiedade, de-

pressão e suporte social que pela adequação da diálise, gravidade da IRC e das comorbidades físicas.^{1,4,5} Tal discrepância deve-se ao fato de que pacientes submetidos aos mesmos estressores podem interpretá-los e enfrentá-los de maneiras bastante diversas. Por isso, nas avaliações de QV, há uma ênfase nas percepções subjetivas do paciente.^{6,7}

A depressão tem uma grande e negativa influência no modo pelo qual o indivíduo avalia a si mesmo e as situações de vida. Por isso, tem um grande impacto na QV, tanto no período pré-dialítico como no dialítico.⁷

A QV, além de ser importante para uma vida satisfatória do paciente, está relacionada à morbidade e à sobrevida. Uma adequada avaliação da adequação do tratamento dialítico, bem como da evolução de um paciente, deve incluir a avaliação da QV, além das habituais taxas de morbidade e mortalidade.⁷

Impacto dos transtornos mentais

Os TM englobam desde quadros que podem ser leves e transitórios, como uma reação depressiva breve, até situações crônicas e muitas vezes incapacitantes, como a demência e a esquizofrenia. De qualquer modo, tem sido cada vez mais reconhecido que os TM, além de serem uma grande fonte de sofrimento para seus portadores e familiares, possuem vultuosos impactos na capacidade funcional e na sobrevida dos pacientes.

Segundo um relatório da OMS, depressão, ingestão de álcool, transtorno bipolar e esquizofrenia situavam-se, na década de 1990, em todo o mundo, entre as 30 principais causas de anos de vida perdidos por morte ou incapacitação. Os transtornos neuropsiquiátricos representavam 22% do total de anos de vida perdidos nos países desenvolvidos.⁸ Projeções para 2020 apontam para a depressão como a maior causa de anos de vida perdidos em países em desenvolvimento, respondendo por 5,6% do total.⁹ Diversos estudos longitudinais têm apontado para uma relação direta e sincrônica entre depressão e incapacidade: a piora da depressão é acompanhada por uma piora da incapacitação, assim como a melhora daquela é segui-

da de menor incapacitação. Também há evidências suficientes para se concluir que o tratamento da depressão melhora o *status* funcional dos pacientes.¹⁰

Apesar de haver grande variação nos índices encontrados, a incidência de suicídio nos portadores de IRC é pelo menos 10 vezes superior à da população geral.^{11,12} Os transtornos mentais, principalmente a depressão e o abuso de álcool e drogas, constituem os principais fatores de risco para suicídio e provavelmente estão subjacentes a muitas destas mortes. Por envolver uma distorção no modo de avaliar a realidade, assumindo um viés pessimista e catastrofista, a depressão provavelmente exerce um importante papel nas decisões de interromper o tratamento dialítico. Entretanto, surpreendentemente, não foram identificados estudos sobre a influência do tratamento adequado da depressão em tais decisões.²

Estudos recentes com excelente qualidade metodológica têm revelado que a depressão é um fator de risco independente para mortalidade. Uma menor parte destas mortes se deve ao suicídio, mas o principal contingente é de mortes naturais.¹³ Em duas coortes de indivíduos com mais de 55 ou 65 anos, seguidos por 4 ou 6 anos, respectivamente, a presença de depressão no início do estudo foi associada a um aumento de 40% a 100% na mortalidade, mantendo-se a significância estatística mesmo após o controle para fatores de risco, doenças clínicas e fatores sociodemográficos.^{14,15}

Nos últimos quinze anos, têm sido publicadas pesquisas sobre as relações entre depressão e mortalidade na IRC, mas ainda não se alcançou uma conclusão definitiva. Até o ano 2000, todas as investigações avaliavam o nível de depressão no início do estudo e buscavam determinar se a gravidade da depressão correlacionava-se com a sobrevida ao longo dos anos. A análise isolada dos índices de depressão geralmente está associada à sobrevida; por outro lado, quando se controla para outras variáveis clínicas, os resultados são controversos.¹⁶⁻²⁰ Uma investigação recente e metodologicamente rigorosa realizou diversas medidas dos sintomas depressivos ao longo do estudo e encontrou uma relação entre gravidade dos sintomas depressivos e sobrevida ao longo de 38,6 meses, mesmo após controle para diversas variáveis clínicas.²¹ O desenho deste último estudo permite captar as flutuações dos sintomas depressivos ao longo do tempo e por isso pode ter maior sensibilidade para captar o efeito da depressão sobre o prognóstico do paciente.

Ainda são necessárias novas investigações para a confirmação deste achado.

Ainda não estão claros os mecanismos pelos quais a depressão associa-se a uma maior mortalidade. Algumas hipóteses são: redução da variabilidade da frequência cardíaca, aumento da agregação plaquetária, redução do auto-cuidado (incluindo baixa aderência ao tratamento), desnutrição, desregulações endócrinas e do sistema imunológico.^{1,15,22}

Uma meta-análise de 12 estudos (sendo 6 sobre nefropatias) mostrou que os pacientes deprimidos têm um risco de não aderência aos tratamentos médicos três vezes maior que o dos pacientes não deprimidos. A não aderência pela depressão pode ser mediada por alguns de seus sintomas como desesperança, perda de motivação e energia, dificuldades de concentração e memória, e isolamento social. Pode haver um círculo vicioso em que depressão gera não aderência, que leva a uma piora clínica, que agrava a depressão e assim por diante.²³

Ainda sobre possíveis mediadores de um aumento da mortalidade na IRC pela depressão, maiores níveis de sintomas depressivos foram relacionados com a duplicação de incidência de peritonites²⁴ e com a queda da albuminemia.²⁵

Uma área recente de estudo preocupa-se com as relações entre o perfil psicológico do paciente e o tratamento a que é submetido. As evidências iniciais indicam que um tratamento que esteja adequado ao padrão de enfrentamento de estressores de um paciente tem maiores possibilidades de gerar maior aderência e melhora na QV. Pacientes que são mais ativos frente a obstáculos, que buscam ativamente informarem-se sobre eles e superá-los podem se beneficiar mais de um tratamento que exija uma participação mais ativa, como a CAPD. Por outro lado, pacientes mais passivos, que evitam enfrentar diretamente as dificuldades e delegam essa responsabilidade, podem se adequar melhor à hemodiálise (HD). Infelizmente, a maioria dos estudos existentes sobre esta relação é transversal no tempo, dificultando o estabelecimento da relação causa e efeito.^{26,27} Em 1999 foi apresentada uma pesquisa prospectiva, que avaliou 69 pacientes no estágio pré-dialítico e após 24 meses em diálise. O padrão de enfrentamento pré-dialítico destes pacientes relacionou-se com a aderência aos diversos tipos de tratamento.²⁸ O mesmo grupo de investigadores avaliou as relações entre o padrão de enfrentamento e a melhora de sintomas depressivos pós-transplante renal. O grupo com um padrão mais ativo de enfrentamento obteve redu-

ções mais intensas dos escores de depressão, comparado com os pacientes com um padrão mais passivo, que alcançaram uma redução muito discreta.²⁹ Esses resultados apontam para um papel da avaliação do perfil psicológico dos pacientes na determinação do tipo de tratamento que lhes trará maiores benefícios.

Epidemiologia

Fase Pré-Dialítica

Um dos períodos mais difíceis para os portadores de IRC é aquele que vai da fase pré-dialítica até o primeiro ano de HD. É um período que exige grande capacidade de adaptação às novas situações, levando a um aumento na prevalência de TM. Em um estudo multicêntrico prospectivo,³⁰ 10 dias após o início da diálise, 44% de 123 pacientes apresentavam sintomas depressivos além do limiar para diagnóstico. A depressão nesses pacientes relacionou-se com pior QV (OR 2,2) e foi bem mais freqüente entre aqueles sem conhecimento prévio da terapia dialítica (OR 10,2). Apenas 16% dos pacientes deprimidos estavam sendo tratados do quadro depressivo. Uma lacuna neste estudo é a ausência de seguimento por um maior período de tempo para determinar em qual proporção os sintomas depressivos melhoram com o tempo e não se constituíam num quadro clínico de depressão maior.

A fase pré-dialítica é um período em que é muito importante um acompanhamento pela equipe de saúde mental, com o intuito de profilaxia e tratamento. Pode ser muito útil na escolha de uma modalidade de tratamento substitutivo da função renal compatível com o perfil psicossocial do paciente, bem como na identificação daqueles mais vulneráveis aos TM.³¹

Fase dialítica

Em um recente levantamento³² com uma coorte de 4 anos de pacientes em HD, a incidência anual de três TM foi de 10,6%, sendo os mais freqüentes depressão, delírium e demência. A demência mais comum foi a conseqüente a multi-infartos (4,2%/ano, contra 0,5%/ano para a doença de Alzheimer), cuja incidência anual entre os pacientes senis em HD foi 7,4 vezes maior que entre os idosos da população geral.

A depressão é o TM mais freqüente entre os portadores de IRC, sendo sua prevalência alvo de cifras muito discrepantes. Tal variação deve-se a diversas questões metodológicas. Com a utilização de critérios mais rigorosos, a prevalência fica entre 10 e 20%. Recentemente,

realizamos uma ampla revisão sobre depressão e IRC.³ Apesar da prevalência elevada de depressão nesta população, há um grande subdiagnóstico e, mesmo quando o transtorno é identificado, o tratamento freqüentemente é inadequado.³³

Transplante renal

O transplante renal (Tx) geralmente está associado a uma diminuição na prevalência de TMs. Contudo, essa diminuição pode demorar alguns meses para se efetivar, podendo haver um aumento da incidência no início, demonstrando uma dificuldade inicial no processo de adaptação à nova situação. Fukunishi,³⁴ estudando 36 transplantados, encontrou uma prevalência de TM de 11,1% pré-Tx e que se elevou para 36% após 2 meses do Tx. Ao fim de 6 meses, apenas um paciente que já era portador de esquizofrenia, uma doença crônica, apresentava TM.

Um estudo de 347 transplantados mostrou que o Tx trazia uma boa QV, independente se o doador era cadáver ou vivo. Mas os que receberam enxerto de doador vivo expressavam maior sentimento de culpa em relação ao doador. A preocupação sobre a viabilidade e funcionamento do Tx teve um relevante impacto sobre a QV, respondendo por 15% da variância dos aspectos psíquicos da QV.³⁵

Um atenção especial deve ser dada aos pacientes transplantados quando da perda do enxerto, pois este evento relaciona-se com um importante aumento da incidência dos quadros depressivos.

Conclusão

Apesar de longamente negligenciada, a saúde mental tem se mostrado cada vez mais como um fator relevante na otimização do tratamento dos portadores de IRC. Além do seu impacto deletério na QV, também se relaciona com variáveis clínicas como mortalidade, baixa aderência e desnutrição. Um desafio para as próximas décadas será a melhora da QV dos pacientes nefropatas; para tanto, torna-se imprescindível a melhor valorização, compreensão e utilização das variáveis psicossociais. Além dos TMs que foram objeto deste artigo, outros aspectos – como o suporte social – têm emergido como um significativo determinante na evolução dos portadores de IRC.¹

Devemos incorporar os indicadores psicossociais na avaliação dos pacientes, definição de tratamento e

na análise da eficácia de nossa terapêutica. Na busca de uma maior qualidade e humanização do atendimento, além de uma maior eficácia, a saúde mental se constitui num elemento crucial para o sucesso do processo de reabilitação do paciente nefropata.

Agradecimentos

Agradeço a todos os membros da Comissão de Saúde Mental e Nefrologia da SBN, em especial à Dra. Regina Célia Abdulkader, pela revisão do manuscrito. ■

Referências

1. Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis* 2000;35(Supl 1):S132-S40.
2. Christensen AJ, Ehlers SL. Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:712-24.
3. Almeida AM, Meleiro AMAS. Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. *J Bras Nefrol* 2000;22:21-9.
4. Steele TE, Baltimore D, Finkelstein SH, Juergensen P, Klinger AS, Finkelstein FO. Quality of live in peritoneal dialysis patients. *J Nerv Ment Dis* 1996;184: 368-74.
5. Parkerson GR, Gutman RA. Perceived mental health and disablement of primary care and end-stage renal disease patients. *Int J Psychiatry Med* 1997; 27:33-45.
6. Rabkin J, Wagner G, Griffin KW. Quality of life measures. In: Task force for the handbook of psychiatric measures. *Handbook of psychiatric measures*. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
7. Valderrábano F, Jofre R, López-Gómez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001;38:443-64.
8. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *Lancet* 1997;349;1436-42.
9. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997;349;1498-504.
10. Ormel J, Von Korff M. Synchrony of change in depression and disability. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:375-80.
11. Abram HS, Moore GL, Westevelt FB. Suicidal behavior in chronic dialysis patients. *Am J Psychiatry* 1971;127:1119-27.
12. Haenel TH, Brunner F, Battagay R. Renal dialysis and suicide: occurrence in Switzerland and in Europe. *Compr Psychiatry* 1980;21:140-5.
13. Wulsin LR. Does depression kill? *Arch Intern Med* 2000;160:731-2.
14. Schulz R, Beach SR, Ives DG, Martire LM, Ariyo AA, Kop WJ - Association Between Depression and Mortality in Older Adults -The Cardiovascular Health Study. *Arch Intern Med*. 2000;160:1761-1768.
15. Penninx BWJH, Beekman ATF, Honig A, Deeg DJH, Schoevers RA, van Eijk JTM, van Tilburg W. Depression and cardiac mortality. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:221-7.
16. Burton HJ, Kline AS, Lindsay RM, Heidenheim AP. The relationship of depression to survival in chronic renal failure. *Psychosom Med* 1986;48:261-9.
17. Shulman R, Price JDE, Spinelli J. Biopsychosocial aspects long-term survival on end-stage renal failure therapy. *Psychol Med* 1989;19:945-54.
18. Devins GM, Mann J, Mandin H, Paul LC, Hons RB, Burgess ED et al. Psychosocial predictors of survival in end-stage renal disease. *J Nerv Ment Dis* 1990;178:127-33.
19. Peterson RA, Kimmel PL, Sacks CR, Mesquita ML, Simmens SJ, Reiss D. Depression, perception of illness and mortality in patients with end-stage renal disease. *Int J Psychiatry Med* 1991;21:343-54.
20. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, Veis JH. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney Int* 1998;54:245-54.
21. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, Veis JH. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney Int* 2000;57:2093-8.
22. Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:588-92.
23. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Arch Intern Med* 2000;160:2101-7.
24. Juergensen PH, Wuerth DB, Juergensen DM. Psychological factors and incidence of peritonitis. *Adv Perit Dial* 1996;12:196-8.
25. Friend R, Hatchett L, Wadhwa NK, Suh H. Serum albumin and depression in end-stage renal disease. *Adv Perit Dial* 1997;13:134-6.
26. Christensen AJ, Smith TW, Turner CW, Holman JM, Gregory MC. Type of hemodialysis and preference for behavioral involvement: interactive effects on adherence in end-stage renal disease. *Health Psychology* 1990;9:225-36.

27. Christensen AJ, Smith TW, Turner CW, Cundick KE. Patient adherence and adjustment in renal dialysis: a person by treatment interactional approach. *J Behavior Med* 1994;17:549-66.
28. Christensen AJ, Moran PJ, Ehlers SE. Prediction of future dialysis regimen adherence: a longitudinal test of the patient by treatment interactive model. Paper presented at the annual meeting of the Society of Behavioral Medicine, San Diego, CA; 1999.
29. Christensen AJ, Ehlers SL, Raichle KA, Bertolatus JA, Lawton WJ. Predicting change in depression following renal transplantation: effect of patient coping preferences. *Health Psychology* 2000;19:248-53.
30. Watnick S, Kirwin P, Mahnensmith R, Concato J. The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis* 2003;41:105-10.
31. Levy NB. Psychiatric considerations in the primary medical care of the patient with renal failure. *Adv Ren Replace Ther* 2000;7:231-8.
32. Fukunishi I, Kitaoka T, Shirai T, Kino K, Kanematsu E, Sato Y. Psychiatric disorders among patients undergoing hemodialysis therapy. *Nephron* 2002;91:344-7.
33. Finkelstein FO, Finkelstein SH. Depression in chronic dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2000;15:1911-3.
34. Fukunishi I, Hasegawa A, Ohara T, Aikawa A, Hatanaka A, Suzuki J, Kikuchi M, Amagasaki K. Kidney transplantation and liaison psychiatry, part I: anxiety before, and the prevalence rate of psychiatric disorders before and after, transplantation. *Psychiatry Clin Neurosci* 1997;51:301-4.
35. Griva K, Ziegelmann JP, Thompson D, Jayasena D, Davenport A, Harrison M, Newman SP. Quality of life and emotional responses in cadaver and living related renal transplant recipients. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17:2204-11.

Recebido em 11/2/2003. Aprovado em 26/5/2003.

Fonte de financiamento e conflito de interesse inexistentes.

Endereço para correspondência:
Alexander Moreira de Almeida
Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos s/n°
050403-010 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: alexma@usp.br