Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de
Pacientes em Hemodiálise

Luciana Kusumota

Ribeirão Preto
2005

**Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**

Luciana Kusumota

**Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de
Pacientes em Hemodiálise**

**Ribeirão Preto
2005**

Luciana Kusumota

**Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de
Pacientes em Hemodiálise**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Linha de pesquisa: Saúde do Idoso

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosalina Aparecida Partezani
Rodrigues

**Ribeirão Preto
2005**

FICHA CATALOGRÁFICA

Kusumota, Luciana.

Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes em Hemodiálise / Luciana Kusumota; orientadora Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues.

Ribeirão Preto, São Paulo, 2005.

150 f. : fig.

Tese (Doutorado – Programa de Pós - Graduação em Enfermagem – Área de concentração: Enfermagem Fundamental – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Insuficiência Renal Crônica. 2. Hemodiálise. 3. Qualidade de Vida.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Luciana Kusumota

Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes em Hemodiálise

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.
Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profª Drª Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Assinatura: _____

RESUMO

Kusumota, L. **Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de pacientes em hemodiálise**. 2005. 150 f. (Tese Doutorado) – Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.

Introdução: A Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT) é uma doença crônica não transmissível e uma das principais causas de morbimortalidade e incapacidades mundiais, o que requer a intervenção dos profissionais da saúde para o seu tratamento e manutenção da vida. A IRCT e o tratamento por meio da hemodiálise podem ocasionar impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) dos pacientes, afetando potencialmente o estado de saúde física, mental, funcional, bem-estar geral, interação social e satisfação do paciente. **Objetivos:** caracterizar a população de pacientes em tratamento por hemodiálise residentes em um município do estado de São Paulo, quanto aos aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos; avaliar e descrever a QVRS desses pacientes e identificar as relações entre a QVRS e os fatores sociodemográficos, econômicos e clínicos, para adultos e idosos. **Material e Método:** Foi realizado um estudo seccional e populacional nos quatro serviços de diálise do município de Ribeirão Preto-SP, nos quais foram entrevistados os pacientes com 18 anos e mais de idade, residentes nesse município, em tratamento por hemodiálise por seis meses ou mais e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos os pacientes idosos (60 anos e mais) que tiveram resultado no Miniexame do Estado Mental (MEEM) insatisfatório, o que totalizou 194 pacientes participantes do estudo. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: instrumento para caracterização da população, construído e submetido à avaliação de conteúdo, MEEM para avaliação do estado cognitivo e o *Kidney Disease and Quality of Life - Short Form* (KDQOL-SF™1.3) para avaliação da QVRS. **Resultados:** Dos pacientes, 132 eram adultos e 62 idosos, dos quais 123 eram homens e 71 mulheres. As dimensões do KDQOL-SF™ que obtiveram menores escores médios foram: situação de trabalho (33,0), função física (38,3) e sobrecarga de doença renal (44,6), enquanto as dimensões que apresentaram maiores escores médios foram: suporte social (82,3), estímulo por parte da equipe de diálise (81,1) e função cognitiva (80,9). Os fatores que apresentaram relação com a variação dos escores médios e correlações das dimensões do KDQOL-SF™ foram: sexo, idade, escolaridade, vínculo com trabalho, renda, co-morbidades, complicações da IRCT e hemodiálise, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, acompanhamento médico antes de iniciar a diálise e tempo de hemodiálise. **Conclusão:** A IRCT e o tratamento por hemodiálise se relacionam com a QVRS dos pacientes. Os enfermeiros, enquanto profissionais que atuam diretamente no atendimento dessas pessoas, têm potencial para buscar estratégias e intervir com o planejamento de enfermagem, individual e coletivo, para otimizar as dimensões da QVRS comprometidas.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica; Hemodiálise; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Kusumota, L. **Evaluation of Health-Related Quality of Life in hemodialysis patients.** 2005. 150 p. (Doctoral) Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing; 2005.

Introduction: Terminal Chronic Renal insufficiency (TCRI) is a non-transmissible chronic disease and one of the main causes of morbi-mortality and disabilities all over the world. Interventions by health professionals are required for treatment and life maintenance. TCRI and hemodialysis treatment can impact patients' Health-Related Quality of Life (HRQL) and affect their physical, mental and functional health, general well-being, social interaction and satisfaction. **Objectives:** to characterize the population of patients receiving hemodialysis treatment who live in a city in the State of São Paulo, Brazil, in terms of sociodemographic, economic and clinical aspects; to evaluate and describe these patients' HRQL and to identify the relation between HRQL and sociodemographic, economic and clinical factors, for adults and elderly. **Material and Methods:** A cross-sectional and populational study was carried out at the four dialysis services located in Ribeirão Preto-SP, where we interviewed patients aged 18 or over who lived in this city, had received hemodialysis treatment for six months or more and accepted to participate in the study. Elderly patients (aged 60 or more) who obtained unsatisfactory results on the Mini-Mental State Examination (MMSE) were excluded, resulting in 194 study participants. The following instruments were used for data collection: instrument to characterize the population, constructed and submitted to content evaluation, MMSE to evaluate the cognitive state and Kidney Disease and Quality of Life - Short Form (KDQOL-SFTM1.3) to evaluate the HRQL. **Results:** Patients were 132 adults and 62 elderly. 123 were men and 71 women. The following KDQOL-SFTM dimensions obtained the lowest average scores: work situation (33.0), physical function (38.3) and burden caused by kidney disease (44.6), while the highest average scores went to: social support (82.3), stimulation by the dialysis team (81.1) and cognitive function (80.9). The following factors were related to the variation in average scores and correlations between the KDQOL-SFTM dimensions: gender, age, education, remunerated work, income, comorbidities, complications caused by TCRI and hemodialysis, diabetes *mellitus*, arterial hypertension, medical follow-up before starting dialysis and hemodialysis time. **Conclusion:** TCRI and hemodialysis treatment influenced patients' HRQL. Nurses, being directly involved in care for these patients, are able to establish strategies and intervene through individual and collective nursing planning, with a view to optimizing the affected HRQL dimensions.

Keywords: Chronic renal insufficiency; Hemodialysis; Quality of Life.

RESUMEN

Kusumota, L. **Evaluación de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud de pacientes en hemodiálisis**. 2005. 150 p. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de São Paulo, 2005.

Introducción: La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es una enfermedad crónica no transmisible, y una de las principales causas de morbilidad e incapacidades en el mundo. Requiere la intervención de los profesionales de la salud para su tratamiento y mantenimiento de la vida. La IRCT y su tratamiento mediante diálisis pueden causar impacto en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) de los pacientes, incidiendo potencialmente sobre el estado de salud física, mental, funcional, bien estar general, interacción social y satisfacción del paciente. **Objetivos:** caracterizar la población de pacientes en tratamiento de hemodiálisis residentes en un municipio del estado de São Paulo, Brasil, en cuanto a los aspectos sociodemográficos, económicos y clínicos; evaluar y describir la CVRS de esos pacientes e identificar las relaciones entre la CVRS y los factores sociodemográficos, económicos y clínicos, para adultos y ancianos. **Material y Método:** Se realizó un estudio transversal y poblacional en los cuatro servicios de diálisis del municipio de Ribeirão Preto-SP, donde se entrevistó a los pacientes con edad de 18 años y más, residentes en ese municipio, en tratamiento de hemodiálisis durante seis meses o más y que aceptaron participar de la investigación. Se excluyó los pacientes ancianos (60 años y más) que obtuvieron resultado insatisfactorio en el Mini-Examen del Estado Mental (MEEM), totalizando 194 pacientes. Los instrumentos utilizados para la recopilación de datos fueron: instrumento para caracterización de la población, construido y sometido a evaluación de su contenido, MEEM para evaluación del estado cognitivo y *Kidney Disease and Quality of Life - Short Form* (KDQOL-SF™1.3) para evaluación de la CVRS. **Resultados:** 132 de los pacientes eran adultos y 62 ancianos; 123 eran hombres y 71 mujeres. Las siguientes dimensiones del KDQOL-SF™ obtuvieron escores promedios menores: situación de trabajo (33,0), función física (38,3) y sobrecarga de enfermedad renal (44,6), mientras las que alcanzaron escores promedios mayores fueron: soporte social (82,3), estímulo por parte del equipo de diálisis (81,1) y función cognitiva (80,9). Los factores que mostraron relación con la variación de los escores promedios y correlaciones de las dimensiones del KDQOL-SF™ fueron: sexo, edad, escolaridad, vínculo con trabajo, renda, comorbilidades, complicaciones de la IRCT y hemodiálisis, diabetes *mellitus*, hipertensión arterial, acompañamiento médico antes de iniciar la diálisis y tiempo de hemodiálisis. **Conclusión:** La IRCT y el tratamiento por hemodiálisis influyen la CVRS de los pacientes. Los enfermeros, como profesionales que actúan directamente en la atención a esas personas, tienen potencial para buscar estrategias e intervenir con el planeo de enfermería, individual y colectivo, para optimizar las dimensiones de la CVRS comprometidas.

Términos-clave: Insuficiencia renal crónica; Hemodiálisis; Calidad de Vida.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Boxplot - Distribuição dos escores de QVRS nas 8 dimensões genéricas do KDQOL-SFTM, para 194 pacientes em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005..... 63
- Figura 2** - Boxplot - Distribuição dos escores de QVRS nas 11 dimensões específicas do KDQOL-SFTM, para 194 pacientes em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005..... 64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição das variáveis sociodemográficas dos 194 pacientes em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto - SP, 2005.....	55
Tabela 2 -	Distribuição das variáveis socioeconômicas dos 194 pacientes em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005.....	57
Tabela 3 -	Caracterização de variáveis clínicas dos 194 pacientes em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005.....	58
Tabela 4 -	Distribuição das co-morbidades dos 132 adultos e 62 idosos em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005.....	59
Tabela 5 -	Distribuição das complicações físicas relacionadas à IRCT e hemodiálise, referidas pelos 132 adultos e 62 idosos em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005.....	60
Tabela 6 -	Valores médios das dimensões do KDQOL-SF™ entre os pacientes em tratamento por hemodiálise (n=194, exceto quando indicado). Ribeirão Preto-SP, 2005.....	62
Tabela 7 -	Valores médios das dimensões do KDQOL-SF™ entre os pacientes em tratamento por hemodiálise (n=194, exceto quando indicado). Ribeirão Preto-SP, 2005.....	66
Tabela 8 -	Escores das dimensões genéricas por itens do KDQOL-SF™ – para adultos e idosos em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005.....	68
Tabela 9 -	Escores das dimensões específicas por itens do KDQOL-SF™ – para adultos e idosos em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005.....	69

Tabela 10 - Escores médios das dimensões genéricas do KDQOL-SF™ para pacientes em hemodiálise com idade entre 18-59 anos e 60 anos e mais, segundo variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas. Ribeirão Preto - SP, 2005.....	71
Tabela 11 - Escores médios das dimensões específicas do KDQOL-SF™ para pacientes em hemodiálise com idade entre 18-59 anos e 60 anos e mais, segundo variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas. Ribeirão Preto-SP, 2005.....	72
Tabela 12 - Coeficientes de Correlação de Spearman entre as dimensões genéricas do KDQOL-SF™, variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas para adultos e idosos em hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005.....	73
Tabela 13 - Coeficientes de Correlação de Spearman entre as dimensões específicas do KDQOL-SF™, variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas para adultos e idosos em hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005.....	74
Tabela 14 - Escores médios das dimensões genéricas do KDQOL-SF, segundo número de co-morbidades para adultos e idosos em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005.....	76
Tabela 15 - Escores médios das dimensões específicas do KDQOL-SF, segundo número de co-morbidades para adultos e idosos em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005.....	77

Sumário

1- INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT): doença crônica não transmissível.....	14
1.2 A IRCT: fisiopatologia e tratamento.....	15
1.3 Qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde: conceitos e avaliação.....	21
1.4 QVRS de pacientes com IRCT.....	26
1.5 Avaliação da QVRS de pacientes com IRCT.....	35
2 - OBJETIVOS DO ESTUDO.....	38
Geral.....	39
Específicos.....	39
3 - MATERIAL e MÉTODO.....	40
3.1 Delineamento do estudo.....	41
3.2 Local da pesquisa.....	42
3.3 Os sujeitos da pesquisa.....	43
3.4 Os instrumentos utilizados.....	45
3.5 Estudo- piloto.....	48
3.6 A coleta de dados.....	50
3.7 Aspectos éticos.....	50
3.8 Análise dos dados.....	51
4 - RESULTADOS.....	53
4.1 Caracterização sócio-demográfica e econômica da população.....	54
4.2 Caracterização quanto aos dados da IRCT e hemodiálise.....	58
4.3 Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise segundo o KDQOL-SF™.....	61
5 - DISCUSSÃO.....	79
5.1 Caracterização sócio-demográfica, econômica e clínica da população.....	80
5.2 Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise segundo o KDQOL-SF™.....	83
6 - CONCLUSÕES.....	100
7 - REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICES.....	115
ANEXOS.....	129

1- INTRODUÇÃO

1.1 Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT): doença crônica não transmissível

A IRCT é considerada uma doença crônica não transmissível conceituada por Lessa (1998a) como um grupo de patologias caracterizado pela ausência de microorganismos no modelo epidemiológico, pela não-transmissibilidade, pelo longo curso clínico e pela irreversibilidade.

As doenças crônicas não transmissíveis são, atualmente, as principais causas de mortalidade e incapacidades em vários países. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), cerca de 60% da mortalidade e 46% do quadro de morbidade no mundo são atribuídos às doenças crônicas não transmissíveis.

Há concordância entre alguns estudos que identificam as principais causas das doenças crônicas, com início das manifestações por volta dos 40-50 anos de idade, por estarem diretamente relacionadas aos hábitos de vida das pessoas: alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, entre outros. Há também as predisposições relacionadas aos fatores genéticos (LESSA, 1998b; LOTUFO, 1998; VERAS et al., 2002).

Na América Latina e Caribe, as estimativas indicam que a hipertensão arterial e diabetes mellitus, doenças crônicas não transmissíveis, atingem respectivamente 140 milhões e 35 milhões de pessoas, além de haver uma previsão de aumento constante dessas doenças na população, acarretando um aumento de doenças relacionadas, dentre elas a IRCT (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

A IRCT é uma doença de alta morbidade e mortalidade, com aumento progressivo da incidência e prevalência nas populações mundiais. No Brasil,

segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, em dezembro de 1999, a incidência e aprevalência de pacientes em diálise eram respectivamente de 101 e 287 por milhão da população (pmp) (SESSO, 2002).

As taxas de incidência e prevalência da IRCT variam, a depender do grau de desenvolvimento das regiões geográficas, pois as condições socioeconômicas, demográficas e ambientais influenciam na determinação dessas variáveis. A taxa de prevalência de IRCT, tratada no Brasil, é aproximadamente quatro vezes menor que nos países desenvolvidos, como os EUA e Japão (SESSO, 2002). Contudo, não existem dados epidemiológicos de pacientes com Insuficiência Renal Crônica (IRC) em período pré-dialítico, publicados na literatura, o que evidencia uma subnotificação dos dados reais e de óbitos, principalmente nas regiões menos desenvolvidas.

Frente a esse panorama, os serviços de atenção aos pacientes com alterações renais, assim como os de saúde em geral, podem se adequar para melhor atender esses pacientes e contribuir com a mudança desse quadro de subnotificação de casos.

1.2 A IRCT: fisiopatologia e tratamento

Os rins são órgãos que têm a função de filtrar o sangue, remover líquidos, eletrólitos e produtos resultantes do metabolismo orgânico e produzir hormônios, portanto, essencial para manter a homeostasia interna das funções endócrina e metabólica e o equilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico (RIELLA, 2003).

A IRCT, segundo Riella (2003), é o resultado final do comprometimento da função renal por diversas doenças que acometem os rins de maneira rápida ou lenta

e progressiva, resultando em múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade renal de manter a homeostasia interna do organismo.

As principais causas de IRCT são: doenças renais primárias (glomerulonefrites, pielonefrites e doenças obstrutivas), doenças sistêmicas (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doenças auto-imunes e amiloidose), doenças hereditárias (rins policísticos, síndrome de Alport e cistinose) e malformações congênitas (agenesia renal, hipoplasia renal bilateral e válvula de uretra posterior) (DRAIBE, 2002).

Segundo o National Kidney Foundation (K/DOQI) Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Executive Summary (2002), as fases de redução nas funções renais são: *estágio 0*, com risco aumentado e Taxa de Filtração Glomerular (TFG) maior ou igual a 90 ml/min/1,73m² e presença de fatores de risco para doença renal crônica; *estágio 1*, com lesão renal e TFG normal ou aumentada (maior ou igual 90 ml/min/1,73 m²); *estágio 2*, com lesão renal (discreta) e ligeira diminuição da TFG (60-89 ml/min/1,73m²); *estágio 3*, com diminuição moderada da TFG (30-59 ml/min/1,73m²); *estágio 4*, com diminuição grave da TFG (15-29 ml/min/1,73m²); *estágio 5* é caracterizada pela IRCT com TFG menor que 15 ml/min/1,73 m².

A intensidade dos sinais e sintomas na IRCT depende do grau de comprometimento renal e de outras condições subjacentes, bem como a idade da pessoa. Com o início da terapia renal substitutiva, os sinais e sintomas mais intensos tendem a diminuir ou desaparecer (RIELLA, 2003).

A progressão da IRCT pode ser caracterizada por manifestações, como a hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva, edema pulmonar, pericardite, anemia, alterações bioquímicas sanguíneas, doença óssea renal e complicações neurológicas (SMELTZER; BARE, 1998).

O tratamento da IRCT depende da evolução da doença, podendo ser conservador (medicamentoso e dietético) para os pacientes em geral com *clearance* de creatinina maior que 10ml/min/1.73m^2 e para os diabéticos maior que 15ml/min/1.73m^2 . Quando esse tratamento se torna insuficiente, e o paciente apresenta sintomas de uremia e os valores do *clearance* de creatinina diminuem, é necessário iniciar a diálise que substitui, em parte, a função dos rins, ou ainda candidatar-se a um transplante renal (CANZIANI; DRAIBE; NADALETTO, 2002). Como tratamentos dialíticos existem: Hemodiálise e Diálise Peritoneal (Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorial- DPCA, Diálise Peritoneal Intermitente- DPI, Diálise Peritoneal Automatizada- DPA).

A diálise é um processo físico-químico que se utiliza de mecanismos de transporte de solutos (difusão), solvente (ultrafiltração) e convecção por meio de uma membrana semipermeável, podendo ocorrer mediante o uso de hemodiálise ou diálise peritoneal (CANZIANI; DRAIBE; NADALETTO, 2002).

Esses autores descrevem as modalidades de diálise crônica:

1. Hemodiálise que consiste na diálise promovida por uma máquina, onde a filtração do sangue é feita fora do organismo. A média de sessões semanais é de três, por um período de três a cinco horas por sessão, dependendo das necessidades individuais.
2. Diálise peritoneal é outro tipo de diálise feita por meio do peritônio que atua como membrana semipermeável entre o organismo e uma determinada quantidade de líquido para diálise, composto por solução de glicose e eletrólitos, capaz de retirar do sangue o excesso de líquido, substâncias endógenas e exógenas e tóxicas ao organismo,

restabelecendo o equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico. Nesta modalidade, estão a DPCA, DPI e DPA.

3. Transplante renal é uma terceira opção de tratamento para a IRCT. Envolve o transplante de um rim saudável de doador vivo ou falecido humano para um receptor com IRCT, que se mantém em tratamento de diálise.

Os pacientes podem iniciar o tratamento por meio da hemodiálise ou diálise peritoneal, como primeira escolha, ou, após terem realizado as outras modalidades, a depender das condições e indicações individuais pela equipe profissional. O transplante renal de doador vivo é indicado como primeira opção de tratamento em duas circunstâncias, para crianças e pacientes diabéticos com outras complicações físicas além da IRCT.

A hemodiálise é o tratamento dialítico mais utilizado na atualidade. Segundo dados do censo 2003/2004 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2005), existiam, nesse período, 52.794 pacientes realizando hemodiálise no Brasil, o que correspondia a 89,25% de um total de 59.153 pacientes em tratamento dialítico no país.

As pesquisas e descobertas sobre a hemodiálise para tratamento de pessoas com problemas renais se deram no início do século XX, mas foi a partir da segunda metade desse mesmo século que começaram a ocorrer os grandes avanços tecnológicos e o aperfeiçoamento do método hemodialítico para proporcionar melhoras cada vez mais significativas para o quadro geral dos pacientes com IRCT.

A hemodiálise acontece mediante a circulação sanguínea extracorpórea, para tanto, é necessária uma via de acesso à circulação sanguínea do paciente.

Atualmente, no Brasil, as Fístulas Arteriovenosas (FAV_s) são os acessos vasculares permanentes mais utilizados. Os Cateteres de Duplo Lúmen (CDL) são acessos vasculares utilizados em casos de urgências dialíticas ou em pacientes sem outra via de acesso e podem ser temporários ou permanentes, com a vantagem de uso logo após sua inserção em uma veia de grande calibre (jugulares internas direita e esquerda, subclávias direita e esquerda ou femurais direita e esquerda). A escolha do tipo de acesso depende da condição do paciente e do caráter agudo ou crônico da IRCT. Para a confecção da FAV, é necessária uma pequena cirurgia para realização da anastomose entre uma veia e uma artéria, de preferência ao nível distal em membros. Quando o paciente possui intercorrências vasculares prévias que impedem a confecção convencional da FAV, é possível utilizar substitutos vasculares biológicos para confeccioná-la (veia safena autóloga, veia umbelical humana, carótida bovina ou próteses sintéticas). As FAV_s requerem um período de quatro a seis semanas para maturação e início das punções, portanto devem ser programadas com antecedência à necessidade de diálise para o paciente (IKEDA ; CANZIANI, 2002).

Na hemodiálise, mediante o uso de uma máquina, o sangue obtido de um acesso vascular (CDL ou FAV, descritos acima) é impulsionado por uma bomba para o sistema de circulação extracorpórea, perfazendo a seqüência contínua: saída do acesso venoso, equipo arterial, dialisador, equipo venoso e retorno ao acesso venoso. O filtro, chamado dialisador, possui dois compartimentos, o interno, por onde circula o sangue, separado por uma membrana semipermeável do externo, por onde circula a solução de diálise (dialisato). As membranas semipermeáveis utilizadas nos dialisadores têm origem da celulose, celulose modificada, semi-sintética ou sintéticas. Para proporcionar maior área para trocas, por meio de difusão

e convecção, o fluxo de sangue e dialisato têm sentidos contrários no dialisador e dessa forma são eliminados do sangue os produtos resultantes do metabolismo celular, líquidos e eletrólitos excedentes no organismo, proporcionando a restauração e manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico (CANZIANI; DRAIBE; NADALETTO, 2002).

As máquinas de hemodiálise disponíveis hoje na maioria dos serviços de diálise são chamadas de proporção, ou seja, fazem a mistura do dialisato com água tratada na medida adequada para viabilizar a diálise, além disso, esses equipamentos também fazem o monitoramento de pressão, temperatura, presença de ar, condutividade do dialisato, volume de líquido ultrafiltrado e tempo de diálise, o que garante a realização do procedimento com segurança e eficiência.

A hemodiálise é prescrita segundo necessidades individuais dos pacientes, mas geralmente é realizada em nível ambulatorial, três vezes na semana, por períodos de três a cinco horas.

Assim como as outras modalidades de tratamento para a IRCT, a hemodiálise substitui em parte as funções renais, porém não garante o perfeito equilíbrio hemodinâmico que é realizado pelos rins, podendo comprometer as funções físicas e psicológicas dos pacientes que se mantêm por longo período em tratamento.

Teoricamente não está estabelecido um limite de tempo a ser vivido aos pacientes em tratamento por hemodiálise. Sabe-se que há muitos pacientes com IRCT realizando esse tipo de tratamento há mais de uma década. Em estudo realizado por Böhlke et al. (2002) sobre análise da sobrevida de diabéticos, constatou-se uma sobrevida média de pacientes não diabéticos de 64,1 meses enquanto para diabéticos foi de 27,1 meses, num período de dez anos.

Além da sobrevida dos pacientes em diálise, alguns outros indicadores, tais como taxas de incidência e prevalência de pacientes em diálise e outros índices de morbidade são utilizados para avaliar fatores demográficos e clínicos dos pacientes, bem como as características das intervenções terapêuticas. Entretanto sabe-se que também é importante a abordagem de outros aspectos relevantes para a vida desses pacientes, tais como a reabilitação funcional, psicológica, socioeconômica e familiar.

Nesse contexto, a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) possibilita a abordagem desses pacientes segundo dimensões relevantes que podem estar comprometidas e que também podem direcionar ações específicas para a reabilitação desses pacientes.

1.3 Qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde: conceitos e avaliação

A qualidade de vida (QV) não tem uma definição consensual entre os vários pesquisadores da temática. No entanto constata-se que, nas últimas décadas, a QV das pessoas tem recebido muita atenção, como instrumento de avaliação adotado por pesquisadores, políticos, administradores, economistas e profissionais da saúde. O avanço tecnológico e a maior longevidade são razões pelas quais tem havido maior preocupação com a QV das pessoas.

Qualidade é uma palavra derivada do latim (*qualitate*) e tem o significado de propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas capaz de distingui-las das outras e de lhes determinar a natureza. Vida também é derivada do latim (*vita*)

significa estado ou condição dos organismos que se mantêm em contínua atividade desde o nascimento até a morte, ou seja durante sua existência (FERREIRA, 1999).

No conhecimento popular, o termo QV tem o significado do senso comum de bem-estar, incluindo aspectos de felicidade e satisfação com a vida como um todo (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2000). Essa associação da QV com felicidade e satisfação existe desde o início do século passado, quando surgiu a preocupação com a QV das pessoas, entretanto a felicidade e a satisfação não têm necessariamente o mesmo significado, pois uma pessoa pode se sentir feliz e não estar satisfeito com alguns aspectos da sua vida.

O termo QV é difícil de ser conceituado. Gill e Feinstein (1994) realizaram a análise de 75 artigos em inglês que pesquisaram qualidade de vida utilizando instrumentos de medida e constataram que apenas 15% dos artigos conceituaram a QV e 47% identificaram os domínios que eles estavam mensurando com os artigos. Essa dificuldade em conceituar QV pode ser atribuída às várias formas em que as pessoas vêem os aspectos da vida e a abordagem de diferentes interesses.

Sabe-se que a QV, além de receber diferentes definições na literatura, também incorpora significados diversos para as pessoas, culturas, tempos e áreas de aplicação; é provável que cada pessoa tenha sua própria QV e por isso se torne difícil de obter uma definição única (PASCHOAL, 2002).

O grupo de estudiosos sobre QV vinculados à OMS considera que apesar de não existir uma conceituação consensual, mencionam que existem características comuns do constructo QV, como a *subjetividade* que se refere ao propósito da percepção pessoal e difere de condições objetivas; a *multidimensionalidade* que inclui várias dimensões na constituição da QV: física, psicológica e social; e a

bipolaridade que se refere à inclusão de dimensões tanto positivas quanto negativas (WHOQOL GROUP, 1995).

A OMS define a QV como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al., 1999).

Apesar das diferenças na conceituação e na eleição das dimensões de QV a serem consideradas, alguns aspectos podem ser comuns, dentre eles a saúde física, relacionamentos pessoais e atividades sociais, o desenvolvimento e segurança pessoal e as circunstâncias econômicas. Esses aspectos podem não afetar a QV por si só, mas podem interferir na avaliação global da vida (MOLZAHN, 1998).

A QV tem diferentes significados para as pessoas e também para as áreas de aplicação. Sendo assim, na área da saúde, os pesquisadores têm interesse nos aspectos da QV que são potencialmente afetados pelas doenças e tratamento, reportando-se, então, à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) (FAYERS; MACHIN, 2000; ANDERSON; BURCKHARDT, 1999).

A Organização Mundial da Saúde define saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, e não só como ausência de doenças. A avaliação da QVRS está baseada na percepção individual e no impacto de uma série de aspectos clínicos e não clínicos relacionados aos aspectos relevantes que possam influenciar na saúde dos pacientes, como a avaliação da saúde geral, saúde física, estado mental/emocional, função social e aspectos de doenças (ANDERSON; BURCKHARDT, 1999; FAYERS; MACHIN, 2000). O bem-estar também é elemento-chave nessa avaliação, pois está ligado à forma como as pessoas vivem suas vidas (BADIA et al., 1996).

A avaliação da QVRS é complexa e causa controvérsias na aplicação da prática clínica, entretanto é uma medida fundamental para avaliar a influência das doenças e seus respectivos tratamentos, na QVRS dos pacientes (VALDERRÁBANO; JOFRE; LÓPEZ-GOMEZ, 2001 ; CASTRO et al., 2003).

A obtenção de informações sobre as condições de vida e QVRS das pessoas é essencial para avaliação dos benefícios das intervenções terapêuticas e necessidades de alocações de recursos (FERRANS; POWERS, 1993; GARRATT et al., 2002).

A avaliação da QVRS representa uma tentativa de quantificar, em termos cientificamente analisáveis, as conseqüências das doenças e de tratamentos, segundo a percepção subjetiva do paciente, resultando em diferentes níveis de avaliação (VALDERRÁBANO; JOFRE; LÓPEZ-GOMEZ, 2001).

Para viabilizar a avaliação da QVRS, são construídos e utilizados instrumentos psicométricos que são conjuntos de itens inter-relacionados que compõem os domínios ou dimensões (GILL; FEINSTEIN, 1994).

Para avaliação da QV, existem os chamados instrumentos globais, como a Escala de QV de Flanagan (ANDERSON; BURCKHARDT, 1999).

Para Valderrábano; Jofre; López-Gomez (2001), os instrumentos utilizados para mensurar QVRS são classificados de acordo com seu foco de aplicação em genéricos ou de avaliação, específicos ou preditivos e modulares (genéricos/específicos) ou discriminativos.

Instrumentos genéricos se propõem a avaliar a percepção de saúde que representa valores humanos básicos e relevantes para o estado de saúde e bem-estar. São aplicáveis aos pacientes com diferentes níveis de gravidade de doenças, em quaisquer tratamentos ou intervenções de saúde e para pessoas de diferentes

áreas demográficas e culturais, permitindo comparação entre os grupos de pessoas (VALDERRÁBANO; JOFRE; LÓPEZ-GOMEZ, 2001; GARRATT et al., 2002). Esses instrumentos também podem ser aplicados em populações saudáveis, pois não abordam questões referentes às doenças específicas (FAYERS; MACHIN, 2000).

Os instrumentos específicos avaliam percepções e estado de saúde com foco nos problemas associados em doenças específicas, grupos de pacientes, áreas de função ou condição / problema específicos (VALDERRÁBANO; JOFRE; LÓPEZ-GOMEZ, 2001). Esses instrumentos têm demonstrado mais responsividade, quando comparados aos instrumentos genéricos, portanto têm favorecido os ensaios clínicos e avaliação de terapêuticas. Instrumentos específicos para determinadas doenças focalizam aspectos importantes para os problemas específicos da saúde e por isso têm um grande potencial para atender aos critérios de mensuração de resultados clínicos, inclusive a reprodutibilidade de pequenas, mas importantes mudanças na saúde (GARRATT et al., 2002). Uma desvantagem desse tipo de instrumento se refere à impossibilidade de realizar comparações entre diferentes tipos de doenças (FAYERS; MACHINI, 2000).

Os instrumentos modulares ou discriminativos, também conhecidos por baterias de escalas, combinam um instrumento genérico com outro específico para determinada doença, eliminando as limitações referentes a cada um deles, que se complementam (VALDERRÁBANO; JOFRE; LÓPEZ-GOMEZ, 2001).

Estudo realizado por Garratt et al. (2002) investigou pesquisas publicadas sobre QV e QVRS com aplicação de instrumentos de mensuração, nos anos de 1990 a 1999, e encontrou publicações de pesquisas utilizando os seguintes tipos de instrumentos: de 1.819 instrumentos específicos para doenças ou para populações, 1.274 instrumentos genéricos do tipo *utility* e 690 instrumentos de dimensões

específicas. Foi constatado com esse estudo que os instrumentos genéricos mais utilizados foram: SF-36, Sickness Impact Profile e Nottingham Health Profile. Houve um grande e constante crescimento na utilização de instrumentos específicos desde o ano de 1990 que tiveram 144 citações e 1.999 com 650 citações, sendo que a reumatologia, câncer, pessoas idosas e saúde mental foram as especialidades mais investigadas.

Para realização de um estudo sobre QV ou QVRS, primeiramente deve-se ter claro o conceito a ser abordado e, em seguida, é necessário escolher o instrumento ideal que corresponda à fundamentação do conceito eleito. Existem muitos instrumentos já construídos, alguns disponíveis para uso em diferentes línguas e culturas, outros construídos, mas que necessitam ser traduzidos e validados para uso nos diferentes países; outra alternativa é construir um novo instrumento, o que demanda tempo e estudo na área. Para avaliação da QV ou da QVRS, é importante também levar em consideração os objetivos traçados para o trabalho e os sujeitos a serem pesquisados.

Neste estudo, o enfoque é a QVRS dos pacientes renais crônicos em tratamento por meio da hemodiálise, uma vez que o interesse está em investigar como a IRCT e esse tratamento interferem na vida dos pacientes.

1.4 QVRS de pacientes com IRCT

Acredita-se que as incapacidades e as complicações decorrentes da IRCT e do tratamento por hemodiálise contribuem para a perda da QV dos pacientes nessas condições.

Aspectos de natureza biológica, psicológica e sociocultural compõem as dimensões afetadas pela IRCT e pelo tratamento. Para avaliação desses aspectos, têm sido utilizados instrumentos genéricos e específicos na medida da QVRS (CASTRO et al., 2003).

Existe uma série de instrumentos de avaliação de QVRS utilizados na Nefrologia. Dentre os instrumentos genéricos estão: Spitzer QL-index, Nottingham Health Profile, Campbell Index of Well-Being, Cantril's Self-Anchoring Scale, Life Satisfaction Scale, Short Form 36-Item Health Survey, Karnofsky Index, Sickness Impact Profile, WHOQOL e outros. Entre os instrumentos específicos estão: o Kidney Disease Questionnaire e The CHOICE Health Experience Questionnaire. E entre os instrumentos modulares (genéricos/específicos) estão: Dialysis Quality of Life e o Kidney Disease and Quality of Life (CAGNEY et al., 2000; WU et al., 2001; VALDERRÁBANO; JOFRE; LÓPEZ-GOMEZ, 2001).

Muitos estudos têm analisado a QVRS de pacientes com IRCT, em tratamento por DP e hemodiálise, utilizando instrumentos genéricos como os de Ferrans; Powers (1993); Rodrigues Neto et al. (2000); Kalantar-Zadeh et al. (2001); Mittal et al. (2001); Romão (2001); Castro et al. (2003); Rubin et al. (2004); Saupe e Broca (2004).

Instrumentos genéricos têm sido mais utilizados para quantificar a QVRS de pacientes renais crônicos, segundo os domínios físico, psicológico e social. O instrumento genérico aplicado com maior frequência, em estudos realizados no Brasil, com pacientes renais crônicos, tem sido o Medical Outcomes Study (MOS) Short Form 36-Item Health Survey (SF-36), (RODRIGUES NETO et al., 2000; ROMÃO, 2001; CASTRO et al., 2003; SESSO; RODRIGUES NETO; FERRAZ, 2003; SOUZA, 2004; ABREU, 2005).

O instrumento específico que tem sido aplicado no Brasil é o Kidney Disease Questionnaire (KDQ) (RODRIGUES NETO et al., 2000; SESSO; YOSHIHIRO, 1997). Foi criado por Laupaucis et al. (1992) e desenvolvido especificamente para pacientes submetidos à hemodiálise.

A seguir, serão brevemente descritos os instrumentos genérico e específico mais utilizados com pacientes com IRCT no Brasil.

O SF-36 é um instrumento genérico que avalia condição de saúde e foi desenvolvido pela RAND Corporation. CA, USA para uso no Medical Outcomes Study (MOS SF-36). É composto de 36 itens, distribuídos em oito dimensões: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), aspectos emocionais (3 itens), aspectos sociais (2 itens), saúde mental (5 itens), dor (2 itens), vitalidade (4 itens), estado geral de saúde (5 itens) e estado de saúde atual comparado com um ano atrás (1 item) que é computado à parte. Os itens são agrupados em seus domínios e normatizados em uma escala de zero a cem, na qual zero corresponde ao pior e cem ao melhor estado de saúde. Tem sido considerado como um dos instrumentos mais usados devido à sua validade e reprodutividade. No Brasil, passou por processo de tradução, validação e adaptação cultural com pacientes com artrite reumatóide por Ciconelli (1997).

O KDQ é um instrumento específico que contém 26 questões divididas em cinco dimensões: sintomas físicos (6 itens), fadiga (6 itens), depressão (5 itens), relacionamento com outros (6 itens) e frustração (3 itens). O escore das questões está baseado em uma escala tipo Likert de 7 pontos, na qual os pacientes avaliam seu bem-estar, durante as duas últimas semanas. Foi avaliado e demonstrou validade e confiabilidade por Laupaucis et al. (1992). Esse instrumento foi traduzido

no Brasil e mostrou-se bem aceito pelos pacientes, demonstrando validade, reprodutibilidade e sensibilidade (SESSO; YOSHIHIRO, 1997).

O instrumento modular Kidney Disease and Quality of Life Short-Form (KDQOL-SF™), foi desenvolvido pelo Kidney Disease Quality Of Life (KDQOL) Working Group/ RAND Corporation. A primeira versão, do KDQOL™ Long Form, foi elaborada com 134 itens, em seguida, foi desenvolvido o KDQOL-SF™ Short Form, versão 1.2, já uma forma reduzida do instrumento original e que foi traduzido para vários idiomas. Finalmente, em 1997, foi desenvolvido o KDQOL-SF™ versão 1.3, que desde então substituiu a versão 1.2 (HAYS et al., 1994). O KDQOL-SF™ é aplicável a pacientes em diálise e tem o propósito de mensurar a QVRS, satisfazendo duas propriedades essenciais: a avaliação das dimensões que são importantes para a condição de saúde (por exemplo a função física, dor, bem-estar emocional) e a integração da informação dos domínios específicos e genéricos, permitindo uma análise mais completa da QVRS (HAYS et al., 1993, HAYS et al., 1994; HAYS; MORALES, 2001). O KDQOL-SF™ tem mostrado reprodutibilidade e validade em estudos feitos pelo KDQOL Working Group.

O KDQOL-SF™ é um instrumento que inclui o MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF36) como uma medida genérica que avalia a saúde geral do indivíduo e consiste em oito domínios sobre saúde física e mental: capacidade funcional (10 itens), limitações causadas por problemas de saúde física (4 itens), limitações causadas por problemas de saúde mental/emocional (3 itens), função social (2 itens), bem-estar emocional (5 itens), dor (2 itens), vitalidade (4 itens) e percepção da saúde geral (5 itens). Em suplemento ao SF36, tem-se uma escala multitemas abordando indivíduos com IRCT em diálise que inclui quarenta e três itens direcionados à doença renal: sintomas/problemas físicos (12 itens), efeitos da

doença renal em sua vida diária (8 itens), sobrecarga imposta pela doença renal (4 itens), situação de trabalho (2 itens), função cognitiva (3 itens), qualidade das interações sociais (3 itens), função sexual (2 itens) e sono (4 itens). Inclui ainda dois itens de suporte social, dois itens sobre apoio da equipe profissional de diálise e um item sobre satisfação do paciente. Foi realizado o processo de tradução, adaptação cultural e validação para a cultura brasileira, do instrumento KDQOL-SFTM como um todo, por opção da pesquisadora, embora a medida genérica composta pelo SF36 já estivesse disponível para a cultura brasileira (DUARTE, 2003).

O KDQOL-SFTM caracteriza-se como um método de auto-aplicação no qual os escores dos itens variam entre 0 e 100, os valores menores que se aproximam do 0 correspondem à QVRS menos favorável, enquanto os escores mais altos que se aproximam do 100 refletem melhor QVRS. Alguns itens apresentam-se em escalas invertidas que são transformadas na análise. Para responder a alguns itens, os pacientes precisam recordar-se das últimas quatro semanas da data em que está preenchendo o instrumento. A consistência interna entre as dimensões do KDQOL-SFTM excedeu 0,80 e as correlações das dimensões com escalas correspondentes do KDQOL variaram de 0,91 a 100 (HAYS et al., 1997).

Devido a essas propriedades, neste estudo, optou-se por utilizar esse último instrumento, uma vez que inclui aspectos gerais sobre saúde e permite comparação com a população geral e com outras doenças e aspectos específicos à doença renal. É, provavelmente, o questionário mais completo disponível atualmente para avaliar QVRS de pacientes com IRCT. No Brasil, foi utilizado somente no estudo de Duarte (2003).

Julga-se importante a descrição das funções de cada dimensão do KDQOL-SFTM abordadas como dimensões genéricas (SF36) e dimensões específicas (à doença renal), mencionadas por Duarte (2003):

Dimensões Genéricas

Funcionamento físico (Physical functioning): essa dimensão é composta por dez itens que avaliam as limitações na realização de atividades decorrentes da condição de saúde, questionando a respeito do grau de dificuldade (muita dificuldade, pouca dificuldade ou nenhuma dificuldade) para realizar desde atividades que requerem muito esforço até o autocuidado tais como: praticar esportes, varrer o chão, levantar e carregar compras de supermercado, subir escadas, inclinar ou curvar o corpo, caminhar e tomar banho. No instrumento SF36, essa dimensão é designada como capacidade funcional.

Função Física (Role limitations—physical): os quatro itens que compõem essa dimensão abordam as limitações, devido aos problemas físicos, no tipo e quantidade de trabalho ou outras atividades, bem como o quanto essas limitações dificultam na realização do trabalho ou outras atividades do paciente. No instrumento SF36, essa dimensão é chamada aspectos físicos.

Função emocional (Role limitations—emotional): os três itens que compõem essa dimensão avaliam as limitações, devido aos problemas emocionais, no tipo e quantidade de trabalho e se essas limitações dificultam a realização desse tipo de trabalho e de atividades habituais para o paciente devido à saúde emocional. No instrumento SF36, essa dimensão recebe o nome de aspectos emocionais.

Função social (Social function): é composta por dois itens do componente social em diferentes atividades sociais e que se propõem a avaliar a interferência dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais, na tentativa de analisar a

integração do indivíduo nessas atividades. No instrumento SF36 essa dimensão é designada como aspectos sociais.

Bem-estar emocional (Emotional well-being): essa dimensão avalia ansiedade, depressão, perda do controle comportamental ou emocional e bem-estar psicológico, por meio de cinco itens. No instrumento SF36, essa é a dimensão saúde mental.

Dor (Pain): avalia a intensidade da dor por meio de um item e em um segundo item avalia a extensão ou interferências da dor no trabalho habitual, incluindo tanto no trabalho fora de casa quanto no trabalho doméstico. No instrumento SF36, essa dimensão recebe essa mesma designação.

Energia e fadiga (Energy/fatigue): os quatro itens dessa dimensão avaliam o nível de energia e da fadiga. No instrumento SF36, essa dimensão é designada como vitalidade.

Saúde geral (General health): trata-se de uma dimensão que inclui cinco itens que avaliam o estado atual e global de saúde do paciente. No instrumento SF36, essa dimensão é chamada estado geral de saúde.

Estado de saúde atual comparado com um ano atrás: essa dimensão é computada à parte, mas é importante para analisar alterações na saúde geral, ocorridas no período de um ano.

Dimensões específicas

Lista de sintomas/problemas (Symptom/problem list): são doze os itens que compõem essa dimensão e avaliam a extensão do incômodo causado pelo sintoma ou problema: dores musculares, câibras, coceira na pele, pele seca, falta de ar, fraqueza ou tontura, falta de apetite, esgotamento, dormência nas mãos ou pés,

vontade de vomitar ou indisposição estomacal e problemas com a via de acesso para diálise.

Efeitos da doença renal (Effects of kidney disease): os oito itens dessa dimensão avaliam o impacto das restrições de líquidos e alimentos, capacidade para o trabalho, limitação para viajar, depender de profissionais da saúde, estresse e preocupações com a doença renal, vida sexual e aparência pessoal.

Sobrecarga da doença renal (Burden of kidney disease): essa dimensão é composta por quatro itens que se propõem a avaliar a extensão na qual a doença renal causa frustração e interferência na vida do paciente.

Situação de trabalho (Work status): os dois itens que compõem essa dimensão avaliam as dificuldades relacionadas ao trabalho, indagando se o paciente exerceu atividade remunerada nas últimas quatro semanas e se a saúde impossibilitou de exercer esse tipo de atividade.

Função cognitiva (Cognitive function): os três itens que compõem essa dimensão são indicadores de prejuízo de pensamento.

Qualidade de interação social (Quality of social interaction): os três itens avaliam a extensão na qual o paciente se isolou e se irritou com pessoas próximas.

Função sexual (Sexual function): essa dimensão avalia se os pacientes realizam atividade sexual e a extensão de problemas para terem excitação e satisfação sexual por meio de dois itens.

Sono (Sleep): os quatro itens nessa dimensão avaliam o sono em geral, a frequência com que o paciente acorda durante a noite, a quantidade de sono e a dificuldade de manter-se acordado durante o dia.

Suporte social (Social support): dimensão que avalia, por meio de dois itens, a satisfação do paciente em relação ao tempo e apoio recebidos de seus familiares e amigos.

Estímulo por parte da equipe de diálise (Dialysis staff encouragement): são dois os itens que compõem essa dimensão e avaliam a extensão na qual a equipe de profissionais da diálise encoraja o paciente a ser o mais independente possível e a lidar com a doença renal.

Satisfação do paciente (Patient satisfaction): essa dimensão é composta por um item que avalia o grau de satisfação do paciente em relação aos cuidados que ele recebe durante o tratamento dialítico.

Saúde global (Overall health): é composta por uma escala de 0 a 10 que avalia a saúde em geral, contudo é computada à parte.

Três dessas dimensões, Suporte social, Estímulo por parte da equipe de diálise e Satisfação do paciente, são medidas consideradas como avaliadoras da QV, mas não de QVRS por si só.

O KDQOL-SF vem sendo utilizado em diversos estudos de pacientes com IRCT em tratamento dialítico, avaliando a QVRS (TAWNEY et al., 2000; PERNEGER et al., 2003; UNRUH, 2003; KONTODIMOPOULOS e NIAKAS, 2005); avaliando a QVRS e comparando os tipos de tratamento DP e hemodiálise (CARMICHAEL et al., 2000; HARRIS et al., 2002); avaliando a QVRS e influência de variáveis sociodemográficas, econômica e clínicas (WALTERS et al., 2002; VAZQUEZ et al., 2003; LOPES et al., 2003; DOORN et al., 2004; VAZQUEZ et al., 2004, 2005).

O KDQOL-SFTM foi recentemente traduzido, validado e adaptado para a cultura brasileira por Duarte (2003). Não houve dificuldades na tradução e adaptação cultural, e os valores médios para cada um dos componentes do

questionário se situaram entre 60 e 70 ou mais. A confiabilidade foi avaliada pela reprodutibilidade intra e interobservador e foi estatisticamente significativa para os 19 componentes do KDQOL-SFTM ($p < 0,001$), variando de 0,4916 a 0,9363 e de 0,3365 a 0,9940, respectivamente; o coeficiente de correlação alfa de Cronbach's foi superior a 0,80 para a maioria dos componentes. Portanto, o instrumento provou ser válido e reprodutível para avaliação da QVRS de pacientes brasileiros com IRCT em diálise (DUARTE, 2003; DUARTE et al., 2003; DUARTE; CICONELLI; SESSO, 2005).

1.5 Avaliação da QVRS de pacientes com IRCT

Acredita-se que a alta morbidade e mortalidade relacionada à IRCT demandam recursos especializados para o atendimento desses pacientes, a depender das condições de saúde que apresentam. De acordo com a vivência profissional com pacientes renais crônicos, o estado de saúde se altera, bem como a própria situação em que a pessoa se encontra. Considera-se importante a avaliação da QVRS dos pacientes com IRCT em tratamento por hemodiálise, visto que a mesma pode estar alterada.

Sabe-se que o tratamento de pacientes com IRCT, por meio da diálise, tem o objetivo de aumentar a sobrevida, mas também deve almejar a reabilitação, o que é difícil para pacientes que possuem outros agravantes.

A QVRS é um aspecto importante em pacientes com doenças crônicas graves e limitantes que se submetem aos tratamentos prolongados e dolorosos e apresentam maior vulnerabilidade às co-morbidades, como é o caso dos pacientes em tratamento por hemodiálise. A medida da QVRS para esses pacientes é

importante para avaliar o impacto da doença e do tratamento nas suas condições de vida.

A literatura científica atual mostra variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas influenciando na QVRS dos pacientes em tratamento dialítico (WALTERS et al., 2002; VAZQUEZ et al., 2003; LOPES et al., 2003; CUNQUEIRO et al., 2003); DOORN et al., 2004; VAZQUEZ et al., 2004, 2005). Esse fato sugere a investigação da QVRS de populações locais para identificar aquelas variáveis que estão negativamente relacionadas à QVRS e assim direcionar a assistência à saúde desses pacientes, de forma individual e/ou coletiva.

As principais variáveis que interferem na QVRS investigadas pela literatura atual influenciam negativamente a QVRS dentre as quais estão: idade, à medida que aumenta-se a idade, observa-se o comprometimento da QVRS, principalmente nos aspectos físicos (CARMICHAEL et al., 2000; HARRIS et al., 2002; DOORN et al., 2004); sexo feminino (WALTERS et al., 2002; CUNQUEIRO et al., 2003; VAZQUEZ et al., 2004); baixo grau de escolaridade (CUNQUEIRO et al., 2003); baixo nível socioeconômico (SESSO; RODRIGUES NETO; FERRAZ, 2003); presença de comorbidades (VALDERRÁBANO; JOFRE; LÓPEZ-GOMES, 2001; DOORN et al., 2004); ocorrência da anemia (VALDERRÁBANO, 2000; VALDERRÁBANO; JOFRE; LÓPEZ-GOMEZ, 2001) ocorrência de depressão e ansiedade (WALTERS et al., 2003; CUNQUEIRO et al., 2003; VAZQUEZ et al., 2005; KIMMEL e PETERSON, 2005) dentre outras.

A identificação das principais variáveis que influenciam a QVRS dos pacientes pode contribuir para a melhoria da assistência aos pacientes em hemodiálise, subsidiando a atuação do enfermeiro e de outros profissionais da saúde para atuarem com destreza e segurança no atendimento a esses pacientes,

com a finalidade de satisfazer suas necessidades eminentes, prevenir complicações, enfim almejar a melhor QVRS possível.

2 – OBJETIVOS DO ESTUDO

Geral

Avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos pacientes adultos e idosos com IRCT em tratamento por hemodiálise, de Ribeirão Preto-SP, utilizando o instrumento KDQOL-SF™.

Específicos

Caracterizar os pacientes quanto aos aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos;

Descrever a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos adultos e idosos, de acordo com as dimensões do instrumento utilizado;

Identificar as relações entre a QVRS e os fatores sociodemográficos, econômicos e clínicos, nos dois grupos (adultos e idosos).

3 – MATERIAL E MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo seccional e populacional que buscou caracterizar os pacientes com IRCT em tratamento por hemodiálise, nos serviços de diálise de Ribeirão Preto-SP e avaliar a QVRS dessas pessoas, identificando os possíveis fatores que influenciam na determinação dessa condição.

Este tipo de estudo investiga a situação de saúde de uma população, com base em avaliações individuais do estado de saúde dos membros de um grupo, produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado, sendo útil para a realização de diagnósticos comunitários da situação local de saúde (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

A pretensão dos estudos seccionais é demonstrar um corte no fluxo histórico da doença, evidenciando as suas características e correlações num determinado momento, no qual a associação entre variáveis é observada em um mesmo momento (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

Para Polit e Hungler (1995) o estudo seccional é um ramo da pesquisa que examina as características, as atitudes, os comportamentos e as intenções de um grupo de pessoas, solicitando aos indivíduos respostas às perguntas, seja por meio de entrevistas ou de questionários auto-administrados.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada a partir de dados coletados, de pacientes em tratamento por hemodiálise, nos quatro Serviços de Diálise existentes na cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo:

Unidade de Diálise e Transplante Renal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo que atendia 31 pacientes;

Serviço de Nefrologia de Ribeirão Preto (SENERP) que atendia 242 pacientes;

Clínica Lundi de Nefrologia - Hospital Beneficência Portuguesa que atendia 82 pacientes;

Clínica de Hemodiálise - Hospital São Paulo, que atendia 106 pacientes.

O tratamento por meio da hemodiálise para a grande maioria dos pacientes, em todos os serviços, é subsidiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esses serviços de diálise atendem pacientes provenientes de Ribeirão Preto e cidades da região e oferecem os tratamentos substitutivos renais, por meio da hemodiálise e diálise peritoneal, e no caso do primeiro citado também o transplante renal.

O atendimento aos pacientes, nos referidos serviços, é realizado de segunda-feira a sábado, das 6 às 21 horas ou 24 horas. Os programas são realizados às segundas, quartas e sextas-feiras, e às terças, quintas-feiras e sábados. O tempo de duração das sessões de hemodiálise varia entre três e quatro horas e meia.

3.3 Os sujeitos da pesquisa

Foi realizado levantamento junto aos quatro serviços de diálise citados, buscando os pacientes com 18 anos ou mais, que tinham IRCT e faziam tratamento por hemodiálise, na ocasião da realização da pesquisa. Foram solicitadas listas desses pacientes às secretarias dos serviços, com os dados: nomes, datas de nascimento, datas de início em hemodiálise e locais (cidades) de residência. Totalizaram 461 pacientes atendidos nos quatro serviços, sendo que 269 residiam em Ribeirão Preto-SP e 192 residiam em outras cidades da região.

Critérios de inclusão

Ter 18 anos ou mais de idade;

Ser residente em Ribeirão Preto;

Apresentar IRCT;

Apresentar-se em tratamento por hemodiálise por seis meses ou mais.

Esse critério foi estabelecido com base no estudo de Rodrigues Neto (2001) que constatou melhora em algumas dimensões da Qualidade de Vida mensuradas no início do tratamento por diálise e após seis meses;

Aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critério de exclusão

Idosos com resultado da avaliação cognitiva ao Miniexame do Estado Mental (MEEM) menor que 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para 1-

4 anos de escolaridade; 26,5 para 5-8 anos; 28 para 9-11 anos e 29 para idosos com escolaridade superior a 11 anos (BRUCKI et al., 2003). A aplicação de uma escala de avaliação cognitiva foi adotada a fim de selecionar os idosos em condições de participar do estudo, pois aqueles que apresentavam comprometimento cognitivo poderiam mascarar os resultados, por ter dificuldade de entendimento para os itens do instrumento utilizado.

Nesse estudo, seguiu-se a recomendação da Organização Mundial da Saúde (1974) para conceituar os idosos, como pessoas com idade de 60 anos ou mais que vivem em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

Foram excluídos da pesquisa os pacientes que por alguma razão deixaram de realizar esse tipo de tratamento ou apresentaram algum impedimento: 12 pacientes idosos que apresentaram avaliação cognitiva insatisfatória (pontuação no teste MEEM menor que notas de corte para os correspondentes graus de escolaridade, conforme já citado); 09 pacientes com tempo em tratamento por hemodiálise menor que seis meses; 06 pacientes que receberam transplante renal; 07 pacientes que foram transferidos para outros serviços de diálise; 03 pacientes que foram transferidos para tratamento por diálise peritonial; 16 pacientes que se recusaram a participar do estudo, 12 pacientes que foram a óbito e 10 pacientes que apresentaram complicações clínicas de saúde com e sem necessidade de hospitalização, sendo que as respostas para avaliação da QVRS desses pacientes poderiam refletir influências psicológicas negativas das vivências situacionais. Portanto, houve a exclusão de 75 (27,8%), totalizando 194 pacientes, a população participante desse estudo.

3.4 Os instrumentos utilizados

Instrumento de avaliação cognitiva

Como a potencial população deste estudo incluía, também, idosos, optou-se por aplicar um instrumento que possibilitasse avaliar os participantes também do ponto de vista cognitivo. O preenchimento de questionários ou participação em entrevistas contendo múltiplas questões é um aspecto que pode estar limitado para idosos (DEMPSTER and DONNELLY, 2000). O instrumento utilizado para realizar a avaliação cognitiva foi o Miniexame do Estado Mental –MEEM (Anexo A), elaborado por Folstein et al. (1975), nos Estados Unidos, traduzido e validado para o Brasil por Bertolucci et al. (1994) e modificado por Brucki et al. (2003) com uniformização para uso na cultura brasileira. É um instrumento utilizado para rastreio de comprometimento cognitivo, bem como para uso clínico, no qual se pode detectar perdas cognitivas no seguimento de doenças e no monitoramento de resposta ao tratamento (BRUCKI et al., 2003). Consta de questões que avaliam funções cognitivas específicas de orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação das palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e construção visual (1 ponto). Os escores variam de um valor mínimo de 0 (zero) até um total máximo de 30 pontos.

A interpretação dos resultados seguiu a recomendação de Brucki et al. (2003), conforme níveis de corte citados anteriormente.

Instrumento para caracterização sociodemográfica e econômica, quanto à IRCT e hemodiálise

Para caracterização dos pacientes do ponto de vista socioeconômico, demográfico, quanto à IRCT e hemodiálise, foi aplicado um instrumento (Apêndice A) submetido à avaliação de conteúdo por três profissionais da área da saúde em nefrologia contendo:

Identificação, dados socioeconômicos e demográficos: idade, sexo, cor da pele, residência, escolaridade, estado civil, renda, ocupação e com quem vive.

Dados relacionados à IRCT e hemodiálise – acompanhamento clínico antes de iniciar hemodiálise, realização prévia de diálise peritoneal, tempo de realização da hemodiálise, escolha pelo tratamento por hemodiálise, complicações físicas associadas à IRCT e hemodiálise, causa etiológica da IRCT, co-morbidades, diurese residual, uso de medicamentos, apoio informal e formal, tipo e número de acessos vasculares atuais e prévios, uso de eritropoetina, pressão arterial, peso e realização de transplante renal.

As complicações físicas associadas à IRCT consideradas foram: câibras, hipotensão e/ou hipertensão arterial durante a hemodiálise, arritmia cardíaca, cefaléia, fraqueza, dor, infecções recorrentes, infertilidade, anemia, prurido, perda ou ganho de peso, constipação intestinal e outras.

A co-morbidade foi definida como a ocorrência de uma das seguintes doenças, além da IRCT: insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, infarto agudo do miocárdio, varizes em membros inferiores, neoplasia benigna ou maligna,

catarata, osteopatias, hepatopatia, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, perdas de audição, transtornos visuais e cegueira e outras.

Esses dados foram coletados por meio de entrevista com os pacientes, bem como consulta aos prontuários dos mesmos para buscar informações de: data de início da hemodiálise, causa etiológica da IRCT, co-morbidades, uso de Eritropoetina, valor de pressão arterial e peso.

Instrumento de avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

Para a avaliação da QVRS, como já foi mencionado, foi utilizado o Instrumento KDQOL-SF™ (Anexo B). Optou-se pelo uso desse instrumento por conter dimensões importantes para a avaliação da QVRS de pacientes renais crônicos e por crer que, dentre os instrumentos disponíveis, é o que aborda um número maior de aspectos da vida do paciente.

O KDQOL-SF™ é um instrumento que possui uma previsão de aproximadamente 16 minutos para ser respondido (HAYS et al., 1997). Contudo, por se tratar de um estudo desenvolvido também com idosos e por terem sido utilizados também outros dois questionários, esse tempo prorrogou-se em média para 40 minutos.

Apresenta escore final variando de 0 a 100, no qual zero corresponde à pior QVRS e 100 à melhor QVRS. As dimensões são analisadas separadamente, não existindo um valor único resultante da avaliação global da QVRS, mas sim médias de valores para as dimensões, o que identifica os verdadeiros problemas relacionados à saúde dos pacientes. A consistência interna da confiabilidade estimada pelo KDQOL-SF™ excedeu 0,80 (variação de 0,61 a 0,90), e as

correlações destas escalas abreviadas com suas escalas correspondentes do KDQOL-SF™ variaram de 0,91 a 100 (HAYS et al., 1997; DUARTE et al., 2003).

Foi estabelecido contato com os autores (HAYS et al., 1994) por meio de mensagem eletrônica, solicitando permissão para utilização do instrumento original, a qual foi concedida (Apêndice B). Solicitou-se também consentimento a Duarte e Sesso (2003) para uso do instrumento traduzido, validado e adaptado para a cultura brasileira, no qual obtivemos a concessão para uso (Anexo C).

A escala de QVRS foi aplicada juntamente com os instrumentos de caracterização dos pacientes, da IRCT e hemodiálise.

3.5 Estudo-piloto

Foi realizado estudo piloto pela pesquisadora, com 10 pacientes (cinco adultos e cinco idosos) que realizavam hemodiálise em um dos serviços de Ribeirão Preto-SP, visando à aplicação dos instrumentos propostos e adequação para a coleta de dados da pesquisa.

Diante da dificuldade de entendimento apresentada pela maioria desses pacientes, foi realizada a validação semântica de alguns itens do KDQOL-SF™. Para a técnica de validação, foram seguidas as recomendações de Pasquali (1999) em que reuniu-se um grupo de três pacientes: um idoso que nunca frequentou a escola, um idoso com quatro anos de escolaridade e um adulto com onze anos de escolaridade, a fim de investigar o nível de compreensão dos itens e substituição de termos incompreensíveis. O instrumento KDQOL-SF™ foi apresentado item por item e solicitado ao grupo que reproduzisse os mesmos. Os itens/questões que causaram

divergências entre os participantes do grupo e receberam sugestões dos mesmos para mudanças foram:

- 3b) ...*mover uma mesa*... Acrescentou-se: (puxar/empurrar);
- 3f)...*curvar-se*... Acrescentou-se: (dobrar-se);
- 6) respostas: *moderadamente, bastante e extremamente* foram substituídas respectivamente por: mais ou menos, muito e muitíssimo;
- 8) respostas: *moderado, bastante e extremamente* foram substituídas respectivamente por: mais ou menos, muito e muitíssimo;
- 11, 12 e 24) repostas: *sem dúvida verdadeiro, geralmente verdadeiro, geralmente falso e sem dúvida falso* foram substituídas respectivamente por: sempre verdade, quase sempre verdade, quase sempre falso e sempre falso;
- 15d) item: *sua capacidade de viajar* foi substituído por: sua limitação para viajar;
- 16a e b) respostas: *um problema e problema enorme* foram substituídas respectivamente por: problema moderado e muitíssimo problema;
- 20) item: ...*você recebeu dinheiro para trabalhar*... foi substituído por: ...você teve um trabalho pago...;
- 21) item: ...*o impossibilitou de*... foi substituído por: ...o impossibilitou/impediu de...;
- 24b) ...*lidar*.... Acrescentou-se: (enfrentar).

As mudanças também foram apreciadas por uma profissional, especialista em uso e aplicação desse tipo de instrumento, que as considerou pertinentes. Entendeu-se que as mudanças realizadas não interferiram no construto do instrumento, portanto, não alteraram o que os itens se propunham a mensurar.

Depois de realizada a adaptação do KDQOL-SFTM, o mesmo foi aplicado a cinco pacientes em tratamento por hemodiálise que não manifestaram dificuldades de entendimento dos itens. E considerando que não foi necessário realizar outras mudanças, esses pacientes fizeram parte do estudo.

3.6 A coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora e uma auxiliar de pesquisa, devidamente treinada para a entrevista, no período de novembro de 2004 a março de 2005.

As entrevistas foram realizadas nas unidades de diálise em questão, durante as sessões de hemodiálise, com o procedimento estável, após a apresentação da pesquisadora, explicação e esclarecimentos a respeito da pesquisa e obtenção do consentimento por escrito dos pacientes.

3.7 Aspectos éticos

Foi solicitado às chefias, dos quatro serviços mencionados, autorização para coleta de dados (Apêndice C). A seguir, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -

Universidade de São Paulo, para ser analisado e apreciado. Na 186ª Reunião Ordinária realizada em 16/08/2004, o projeto foi enquadrado na categoria de aprovado de acordo com o Processo HCRP nº7114/2004 (Anexo D).

Aos pacientes foi solicitada sua participação no estudo, utilizando-se um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), com linguagem clara e simples, informações referentes ao estudo, garantia do anonimato e liberdade para recusa em participar, ou desistir em qualquer momento da pesquisa. Os pacientes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o referido termo.

3.8 Análise dos dados

Para a realização da análise, foi elaborado um banco de dados em planilha do programa *Excel for Windows 2000* e realizada dupla digitação, validação e conferência dos mesmos, com o objetivo de obterem-se dados livres de erros de digitação.

Os dados do KDQOL-SF™ foram transportados para um programa de análise produzido e disponibilizado para uso pelo KDQOL-SF™ Working Group (www.gim.med.ucla.edu/kdqol/), para tanto a pesquisadora se cadastrou no referido endereço eletrônico, adquirindo uma identificação e senha para acesso livre ao conteúdo disponibilizado pelo grupo.

O referido programa também consta de planilhas do programa *Excel for Windows*, que ao inserir os dados em uma delas, automaticamente o programa recodifica os dados dos itens com escores invertidos e calcula os escores por itens e por domínios de todo o instrumento, resultando nos dados pré-analisados.

Esse programa tem seu manual de uso, aplicação e contagem de escores, que também está disponibilizado no endereço eletrônico e possibilitou a utilização do instrumento e programa de análise (HAYS et al., 1997).

Após calculados os escores, os mesmos, em conjunto com os dados dos outros dois instrumentos utilizados neste estudo, foram transportados ao programa estatístico *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS, 1999) versão 11.5, de onde foram geradas as análises:

De frequência univariada, tabelas de contingência, medidas de posição (média, mediana) e variabilidade (amplitude interquartilica, desvio-padrão);

Determinação do coeficiente de correlação de Spearman entre as dimensões do KDQOL-SFTM e as variáveis contínuas; e interpretação das análises de correlação segundo Polit (1996):

$0 \leq |rs| < 0,3$ = correlação fraca;

$0,3 \leq |rs| < 0,7$ = correlação moderada;

$0,7 \leq |rs| \leq 1$ = correlação forte.

Comparação das médias de QV entre as categorias das variáveis qualitativas sociodemográficas e clínicas.

4 - RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos, perfazendo a seqüência da caracterização sociodemográfica e econômica, caracterização quanto aos dados da IRCT e hemodiálise, bem como a apresentação da QVRS de pacientes em hemodiálise, segundo o KDQOL-SFTM.

4.1 Caracterização sociodemográfica e econômica da população

As características sociodemográficas da população estudada estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Descrição das variáveis sociodemográficas dos 194 pacientes em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005

Variáveis sociodemográficas	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Faixa etária (em anos)						
18-29	6	54,5	5	45,5	11	100
30-39	20	64,5	11	35,5	31	100
40-49	24	61,5	15	38,5	39	100
50-59	36	70,6	15	29,4	51	100
60-69	20	55,6	16	44,4	36	100
70-79	16	76,2	5	23,8	21	100
80 +	1	20,0	4	80,0	5	100
Cor da pele						
Branca	81	65,3	43	34,7	124	100
Parda	25	62,5	15	37,5	40	100
Amarela	0	0	3	100	3	100
Negra	17	63	10	37	27	100
Escolaridade (anos de estudo)						
Sem instrução / menos de 1 ano	5	38,5	8	61,5	13	100
1-4	44	62,0	27	38,0	71	100
5-8	37	64,9	20	35,1	57	100
9-11	19	65,5	10	34,5	29	100
12+	18	75,0	6	25,0	24	100
Estado conjugal						
Nunca se casou	15	60,0	10	40,0	25	100
Mora com companheiro(a)	88	73,3	32	26,7	120	100
Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a)	16	53,3	14	46,7	30	100
Viúvo(a)	4	21,1	15	78,9	19	100
Com quem vive						
Sozinho	7	46,7	8	53,3	15	100
Esposo	23	82,1	5	17,9	28	100
Família	90	32,1	55	37,9	145	100
Outra pessoa	3	60,0	2	40,0	5	100
Asilado	0	0	1	100	1	100
Total	123	63,4	71	36,6	194	100

Dos 194 pacientes que participaram da pesquisa, 123 (63,4%) eram do sexo masculino, enquanto 71 (36,6%) eram do sexo feminino; a idade variou entre 19 e 85 anos, sendo que a faixa etária que apresentou maior distribuição de pacientes foi entre 50-59 anos com 51(26,3%) pacientes; em relação à divisão por grupos etários, 132 eram adultos e 62 idosos; houve predomínio da cor da pele branca com 124

pacientes (63,9%). Quanto à escolaridade, verificou-se que 128 (66,0%) sabiam ler e escrever e tinham entre 1 e 8 anos de estudo. A maioria, 120 (61,8%), dos pacientes tinha um companheiro (a) e 145 (74,7%) pacientes residiam com a família e 28 (14,4%) somente com o esposo(a) (Tabela 1).

Quanto ao número de filhos variou de 0 a 13, sendo que 96 (49,5%) pacientes tinham entre 1 e 3 filhos.

As características socioeconômicas da população estudada estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis socioeconômicas dos 194 pacientes em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005

Variáveis socioeconômicas	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Renda (SM)*						
Até 1	19	43,2	25	56,8	44	100
+1-2	19	61,3	12	38,7	31	100
+2-3	20	80,0	5	20,0	25	100
+3-5	30	90,9	3	9,1	33	100
+5-10	19	70,4	8	29,6	27	100
+10-20	9	81,8	2	18,2	11	100
+20	1	100	0	0	1	100
Trabalho						
Não tem	78	56,9	59	43,1	137	100
Tem	45	78,9	12	21,1	57	100
Aposentadoria						
Não tem	50	53,8	43	46,2	93	100
Tem	73	72,3	28	27,7	101	100
Pensão						
Não tem	112	67,9	53	32,1	165	100
Tem	11	37,9	18	32,1	29	100
Doações						
Não tem	110	67,5	53	32,5	163	100
Tem	13	41,9	18	58,1	31	100
Aluguel						
Não tem	109	61,9	67	38,1	176	100
Tem	14	77,8	4	22,2	18	100
Outras rendas						
Não tem	102	67,1	50	32,9	152	100
Tem	21	50,0	21	50,0	42	100
Total	123	63,4	71	36,6	194	100

* O salário mínimo (SM) vigente era de R\$260,00 (Duzentos e sessenta reais).

Quanto à renda mensal informada, 44 (22,7%) pacientes recebiam até um salário mínimo (SM), sendo a maioria 25 (56,8%) do sexo feminino; e 33 (17%) recebiam entre 3 e 5 SM, sendo a maioria 30 (90,9%) do sexo masculino. Em relação aos meios de obtenção de renda, 137 (70,6%) não apresentavam vínculo com trabalho e se mantinham com a aposentadoria para 101 (52,1%), outras rendas do qual faz parte o auxílio-doença da previdência social para 42 (21,6%), doações

para 31 (16%), pensão para 29 (14,9%) e aluguel de imóveis para 18 (9,3%) (Tabela 2).

4.2 Caracterização quanto aos dados da IRCT e hemodiálise

As principais causas etiológicas da IRCT dos pacientes estudados foram: não especificada ou indeterminada para 64 (33%), hipertensão arterial para 40 (20,6%), diabetes *mellitus* para 32 (16,5%), outra causa para 31 (16,0%), glomerulonefrite crônica para 19 (6,7%) e rins policísticos para 8 (4,1%).

A Tabela 3 apresenta características clínicas dos pacientes estudados.

Tabela 3 – Caracterização de variáveis clínicas dos 194 pacientes em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005

Características clínicas	N(%)	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Tempo de HD (meses completos)	-	43,2	41,2	30,0	6	269
Pressão arterial sistólica	-	140,7	23,0	140,0	80	214
Pressão arterial diastólica	-	81,6	14,1	80,0	44	127
Peso corporal (gramas)	-	64652,6	15487,5	62000,0	34.500	119.000
Acesso vascular atual: FAV*	188(96,9)	-	-	-	-	-
Nº de FAV confeccionadas	-	2,1	1,5	2,0	1	8
Acesso vascular atual: CDL**	6(3,1)	-	-	-	-	-
Acesso vascular anterior: CDL	142(73,2)	2,3	1,9	2,0	1	12

FAV* : Fístula Arteriovenosa

CDL** : Cateter de Duplo Lúmen temporário

Quanto ao tempo em tratamento por hemodiálise, a mediana foi de 30,0 com variação entre 6 e 269 meses completos. Para 188 (96,9%) pacientes, o acesso vascular atual para o tratamento por hemodiálise foi a Fístula Arteriovenosa (FAV). A maioria, 73,2% dos pacientes, já usou Cateter de Duplo Lúmen temporário (CDL)

como acesso vascular para hemodiálise, a mediana foi de 2,00 e a variação foi de 1 a 12 cateteres.

Observou-se que a maioria dos pacientes, 177 (91,2%), estava em uso da Eritropoetina para tratamento da anemia e 192 (99,0%) faziam uso de várias medicações coadjuvantes ao tratamento da IRCT e co-morbidades associadas. Quanto à realização de outro tratamento para IRCT em período anterior ao tratamento atual (hemodiálise), 22 (11,3%) realizaram diálise peritoneal e 21 (10,8%) pacientes tinham recebido transplante renal.

A distribuição das co-morbidades da população estudada estão apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição das co-morbidades dos 132 adultos e 62 idosos em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005

Co-morbidades	18-59 anos		60 anos e mais		Total	
	N=132	%	N=62	%	N=194	%
Transtornos visuais e cegueiras	89	61,4	56	38,6	145	100
Hipertensão arterial	95	67,9	45	32,1	140	100
Outras	44	58,7	31	41,3	75	100
Perdas de audição	24	48,0	26	52,0	50	100
Catarata	16	38,1	26	61,9	42	100
Diabetes <i>mellitus</i>	19	47,5	21	52,5	40	100
Hepatopatia	17	65,4	9	34,6	26	100
Osteopatias	16	72,7	6	27,3	22	100
Neoplasia benigna	9	69,2	4	30,8	13	100
Doença cerebrovascular	4	36,4	7	63,6	11	100
Infarto agudo do miocárdio	3	33,3	6	66,7	9	100
Neoplasia maligna	2	33,3	4	66,7	6	100
Insuficiência cardíaca	3	60,0	2	40,0	5	100
Total	341	58,6	241	41,4	582	100

As co-morbidades mais freqüentes encontradas foram: transtornos visuais e cegueiras (24,9%), hipertensão arterial (24,0%), outras (12,9%), perdas de audição

(8,6%), catarata (7,2%) e diabetes *mellitus* (6,9%). Foi calculado em 3,1 o número médio de co-morbididades para cada paciente, no qual se observa diferença significativa de 2,1 co-morbididades para os adultos e 3,9 para os idosos (Tabela 4).

Os pacientes referiram complicações físicas relacionadas à IRCT e tratamento por hemodiálise que se destacaram: anemia (89,7%), câibras (71,1%), fraqueza (54,6%), dor (54,6%), hipotensão arterial durante a hemodiálise (54,6%) e prurido (51,5%), dentre outras (Tabela 5). Calculou-se em 5,7 o número médio de complicações físicas para cada paciente, sendo 5,9 para adultos e 5,1 para idosos.

Tabela 5 – Distribuição das complicações físicas relacionadas à IRCT e hemodiálise, referidas pelos 132 adultos e 62 idosos em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005

Complicações físicas relacionadas à IRCT e hemodiálise	18-59 anos		60 anos e mais		Total	
	N=132	%	N=62	%	N=194	%
Anemia	120	69,0	54	31,0	174	100
Câibras	98	71,0	40	29,0	138	100
Fraqueza	77	72,6	29	27,4	106	100
Dor	65	61,3	41	38,7	106	100
Hipotensão arterial (durante diálise)	74	69,8	32	30,2	106	100
Prurido	72	72,0	28	28,0	100	100
Cefaléia	64	81,0	15	19,0	79	100
Hipertensão arterial (durante diálise)	51	76,1	16	23,9	67	100
Perda de peso	46	70,8	19	29,2	65	100
Ganho de peso	37	75,5	12	24,5	49	100
Constipação intestinal	34	77,3	10	22,7	44	100
Infecções repetitivas	25	69,4	11	30,6	36	100
Arritmia cardíaca	14	66,7	7	33,3	21	100
Infertilidade	6	85,7	1	14,28	7	100
Total	783	71,3	315	28,7	1098	100

4.3 Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise, segundo o KDQOL-SF™

As dimensões do KDQOL-SF™ são medidas em uma escala normatizada que varia de zero (pior QVRS) a cem (melhor QVRS) (HAYS et al., 1997). Portanto, para a avaliação QVRS neste estudo, utilizando-se o KDQOL-SF™, foram obtidas as médias, desvios-padrão, medianas, distâncias interquartílicas, mínimos, máximos e o coeficientes alpha (α) de Cronbach enquanto índice para avaliação de consistência interna entre os itens das dimensões do KDQOL-SF™ (Tabela 6).

Ressalta-se que a QVRS caracteriza-se como uma variável ordinal, mensurada de forma multidimensional, cujos resultados devem ser analisados e interpretados descritivamente, abordando-se as medianas dos escores nas dimensões que compõem o instrumento. Contudo a literatura científica apresenta os resultados das pesquisas abordando as médias dos escores nas dimensões, e para facilitar a discussão dos resultados desta pesquisa também serão abordadas as médias dos escores.

Tabela 6 – Valores médios das dimensões do KDQOL-SF™ entre os pacientes em tratamento por hemodiálise (n=194, exceto quando indicado). Ribeirão Preto-SP, 2005

Dimensões (número dos itens)	Média	Desvio- padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Amplitud e inter- quartilica	α (Cronbach)
Funcionamento físico (10)	59,4	29,6	66,5	0,0	100,0	50,0	0,9141
Função física (4)	38,3	34,0	25,0	0,0	100,0	75,0	0,6848
Dor (2)	62,0	29,0	66,3	0,0	100,0	40,0	0,7290
Saúde geral (5)	56,9	24,0	60,0	5,0	100,0	40,0	0,6878
Bem-estar emocional (5)	68,2	23,8	72,0	8,0	100,0	28,0	0,8155
Função emocional (3)	64,8	38,4	66,7	0,0	100,0	66,7	0,7477
Função social (2)	64,3	29,8	62,5	0,0	100,0	62,5	0,7085
Energia/fadiga (4)	63,1	24,4	70,0	0,0	100,0	30,0	0,7621
Lista de sintomas/problemas (12)	79,2	15,4	83,3	35,4	100,0	20,8	0,7591
Efeitos da doença renal (8)	64,8	19,5	65,6	15,6	100,0	28,1	0,7029
Sobrecarga da doença renal (4)	44,6	30,9	50,0	0,0	100,0	43,8	0,7401
Situação de trabalho (2)	33,0	39,4	0,0	0,0	100,0	50,0	0,5678
Função cognitiva (3)	80,9	20,8	86,7	0,0	100,0	26,7	0,6615
Qualidade da interação social (3)	79,7	19,8	86,7	13,3	100,0	33,3	0,5494
Função sexual (2) *	78,9	27,7	87,5	0,0	100,0	37,5	0,7148
Sono (4)	70,2	21,0	75,0	0,0	100,0	30,0	0,7264
Suporte social (2)	82,3	25,1	100,0	0,0	100,0	33,3	0,6864
Estímulo por parte da equipe de diálise (2)	81,1	29,9	100,0	0,0	100,0	25,0	0,7790
Satisfação do paciente (1)	71,1	19,6	66,7	16,7	100,0	33,3	-

* n= 83 pacientes

Para a maioria das dimensões genéricas e específicas do KDQOL-SF™, obteve-se uma consistência interna, medida pelo coeficiente α de Cronbach, superior a 0,70, com exceção de: função física (α = 0,6848), saúde geral (α = 0,6878), situação de trabalho (α = 0,5678), função cognitiva (α = 0,6615), qualidade de

interação social ($\alpha = 0,5494$) e suporte social ($\alpha = 0,6864$). Ressalta-se que os valores mais distantes de 0,70 ficaram apenas para duas dessas dimensões: situação de trabalho e qualidade de interação social.

Não foi possível a obtenção do coeficiente de α de Cronbach para a dimensão satisfação do paciente, pois é constituída por apenas um item de avaliação.

O valor do α de Cronbach obtido para todo o instrumento foi de 0,94, o que determina consistência nas respostas dos pacientes às questões do KDQOL-SFTM.

As Figuras 1 e 2, a seguir, apresentam a distribuição das dimensões genéricas (8) e específicas (11) do KDQOL-SFTM, segundo os valores medianos, amplitudes interquartílicas, mínimos e máximos, para os 194 pacientes do estudo.

Figura 1 – Distribuição dos escores de QVRS nas 8 dimensões genéricas do KDQOL-SFTM, para 194 pacientes em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005

Figura 2 – Distribuição dos escores de QVRS nas 11 dimensões específicas do KDQOL-SF™, para 194 pacientes em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005

Analisando de forma global a Tabela 6 e as Figuras 1 e 2, observa-se acentuada variação entre os resultados para as dimensões do KDQOL-SF™. Em relação aos escores médios, encontrou-se variação entre 33,0 em situação de trabalho e 82,3 em suporte social (escalas específicas para doença renal).

As dimensões que obtiveram menores valores médios de escores foram: situação de trabalho (33,0), função física (38,3) e sobrecarga de doença renal (44,6).

As dimensões que obtiveram maiores escores médios foram: suporte social (82,3), estímulo por parte da equipe de diálise (81,1) e função cognitiva (80,9), todas são dimensões específicas para doença renal.

Observa-se na Figura 1 que a mediana para a dimensão função física ficou próxima do escore 20, enquanto o escore médio para essa dimensão alcançou o valor de 38,3; as medianas das demais dimensões ficaram acima do escore 50.

Na Figura 2, observa-se a maior variabilidade da amplitude interquartílica entre os quartis Q3 e Q1 para a dimensão situação de trabalho, enquanto, para as dimensões suporte social e estímulo por parte da equipe de diálise, as medianas foram 100 e as médias 82,3 e 81,1 respectivamente; a abordagem das médias para essas dimensões indica maior precisão para análise.

A Tabela 7 mostra os escores médios obtidos para adultos e idosos em cada uma das dimensões do KDQOL-SFTM e o teste-t de comparação entre as médias dos dois grupos estudados.

Tabela 7 – Valores médios e desvios-padrão das dimensões do KDQOL-SF™ entre os pacientes adultos (132) e idosos (62) em tratamento por hemodiálise e teste-t de comparação entre os dois grupos. Ribeirão Preto-SP, 2005

Dimensões (número dos itens)	Adultos	Idosos	p
	Média (desvio-padrão)	Média (desvio-padrão)	
Funcionamento físico (10)	65,6(28,1)	46,2(28,7)	0,000*
Função física (4)	41,5(35,2)	31,5(30,3)	0,044*
Dor (2)	63,5(28,2)	58,8(30,5)	0,285
Saúde geral (5)	56,3(24,7)	58,1(22,6)	0,624
Bem-estar emocional (5)	66,7(24,0)	71,4(23,3)	0,204
Função emocional (3)	60,4(40,6)	74,2(31,6)	0,011*
Função social (2)	66,4(29,3)	59,9(30,6)	0,157
Energia/fadiga (4)	64,5(24,3)	60,2(24,6)	0,261
Lista de sintomas/problemas (12)	80,1(14,3)	77,6(17,4)	0,337
Efeitos da doença renal (8)	63,0(19,7)	68,4(18,7)	0,070
Sobrecarga da doença renal (4)	49,0(29,6)	35,3(31,8)	0,004*
Situação de trabalho (2)	35,6(41,2)	27,4(34,7)	0,152
Função cognitiva (3)	79,2(21,4)	84,3(19,2)	0,115
Qualidade da interação social (3)	78,1(20,2)	83,1(18,6)	0,098
Função sexual (2)	77,8(28,7)	89,1(14,1)	0,081
Sono (4)	70,8(21,4)	68,8(20,3)	0,532
Suporte social (2)	81,6(25,4)	83,9(24,7)	0,553
Estímulo por parte da equipe de diálise (2)	77,8(31,8)	87,9(24,3)	0,016*
Satisfação do paciente (1)	72,5(20,1)	68,3(18,5)	0,166

* Estatisticamente significativo para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Foram encontradas diferenças entre os escores médios para adultos e idosos, contudo essas diferenças alcançaram significância estatística somente em cinco dimensões: Funcionamento físico, Função física, Função emocional, Sobrecarga da doença renal e Estímulo por parte da equipe de diálise.

A seguir, serão apresentadas as dimensões do instrumento, os respectivos itens que as compõem e valores médios dos escores e desvios-padrão para cada item, para melhor descrição dos dados.

Tabela 8 – Escores das dimensões genéricas por itens do KDQOL-SF™ – para adultos e idosos em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005

Dimensões	Itens	Adultos (n=132)		Idosos (n=62)	
		Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Funcionamento Físico	3a Atividades requerem muito esforço	26,1	35,2	8,1	22,5
	3b Atividades moderadas	68,2	40,6	43,6	38,9
	3c Levantar e carregar compras	62,5	38,8	37,9	35,9
	3d Subir vários lances de escada	47,4	42,5	33,1	41,4
	3e Subir um lance de escada	76,9	36,8	59,7	39,3
	3f Inclinar-se, ajoelhar-se ou curvar-se	64,8	44,4	35,5	44,7
	3g Caminhar mais de um quilômetro	59,5	43,3	41,9	46,3
	3h Caminhar vários quarteirões	74,2	37,8	54,8	44,1
	3i Caminhar um quarteirão	83,3	33,1	66,9	39,4
	3j Tomar banho ou vestir-se	92,8	23,2	80,7	35,5
Função Física	4a Reduziu quantidade de tempo que passa trabalhando devido saúde física	56,8	49,7	46,8	50,3
	4b Fez menos coisas do que gostaria devido à saúde física	23,5	42,6	21,0	41,0
	4c Sentiu dificuldade no tipo de trabalho que realiza	38,6	48,9	24,2	43,2
	4d Teve dificuldade para trabalhar ou realizar outra atividade	47,0	50,1	33,9	47,7
Dor	7 Quanta dor no corpo sentiu	53,2	33,4	47,7	32,5
	8 A dor interferiu no trabalho habitual	73,9	30,9	69,8	34,8
Saúde geral	1 Descrição da saúde em geral	36,6	24,8	34,3	19,3
	11a Doente com mais facilidade que outras pessoas	68,0	38,7	76,2	36,9
	11b Tão saudável quanto qualquer pessoa	55,5	39,0	61,7	39,1
	11c Acredita que a saúde vai piorar	70,6	39,1	66,5	42,0
	11d A saúde está excelente	51,0	38,4	52,0	33,1
Bem-estar emocional	9b Sentiu pessoa muito nervosa	55,9	34,0	68,4	31,7
	9c Sentiu tão para baixo nada conseguia animá-lo	77,3	28,8	78,4	31,4
	9d Sentiu calmo e tranquilo	58,0	30,3	67,7	33,7
	9f Sentiu desanimado e deprimido	75,2	26,4	72,3	29,9
	9h Sentiu uma pessoa feliz	67,1	33,8	70,0	34,1
Função emocional	5a Reduziu quantidade tempo trabalhando por problemas emocionais	59,9	49,2	80,7	39,8
	5b Fez menos coisas do que gostaria por problemas. emocionais	48,5	50,2	64,5	48,2
	5c Trabalhou ou realizou atividades com menos atenção	72,7	44,7	77,4	42,2
Função social	6 Saúde(física e emocional) interfere atividades sociais	71,2	31,0	64,1	32,8
	10 Quanto tempo saúde interfere nas atividades sociais	61,5	36,9	55,3	34,2
Energia/fadiga	9a Sentiu-se cheio de vida	65,8	32,7	61,0	37,4
	9e Teve muita energia	57,6	33,9	49,4	35,6
	9g Sentiu-se esgotado (muito cansado)	70,6	29,0	67,7	29,9
	9i Sentiu-se cansado	63,9	28,6	62,9	30,9

Tabela 9 – Escores das dimensões específicas por itens do KDQOL-SF™ – para adultos e idosos em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005

Dimensões	Itens	Adultos (n=132)		Idosos (n=62)	
		Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Lista de sintomas/ Problemas	14a Dores musculares	69,3	30,5	70,6	34,9
	14b Dor no peito	88,3	25,0	86,7	27,1
	14c Câimbras	68,4	32,7	61,7	37,5
	14d Coceira na pele	71,0	33,1	69,8	35,1
	14e Pele seca	77,7	31,8	76,6	32,3
	14f Falta de ar	85,8	28,2	79,4	31,9
	14g Fraqueza ou tontura	70,3	30,8	79,0	29,4
	14h Falta de apetite	91,5	19,3	88,3	23,4
	14i Esgotamento (muito cansaço)	77,3	29,2	73,0	32,1
	14j Dormência nas mãos e nos pés	85,6	28,5	80,2	28,3
	14k Vontade de vomitar ou indisposição estomacal	85,4	23,5	78,6	31,0
	14l Problemas com sua via de acesso	89,4	25,1	87,5	29,6
Efeitos da doença renal	15a Limitação de líquido	42,8	34,8	52,0	34,3
	15b Limitação alimentar	68,9	33,3	66,1	36,8
	15c Sua capacidade de trabalhar em casa	69,5	34,0	66,9	32,6
	15d Limitação para viajar	40,7	36,0	50,8	36,8
	15e Dependendo dos médicos e outros profissionais da saúde	71,6	35,2	83,1	27,5
	15f Estresse ou preocupações causadas pela doença renal	61,2	33,3	68,6	34,5
	15g Sua vida sexual	74,4	33,2	77,8	33,3
Sobrecarga da doença renal	15h Sua aparência pessoal	75,0	34,1	82,3	29,5
	12a Doença renal interfere na vida	32,8	39,5	17,7	35,2
	12b Muito tempo gasto com doença renal	29,7	38,7	24,2	38,7
	12c Sente-se decepcionado com doença renal	58,3	43,7	45,2	47,7
	12d Sente-se um peso para a família	75,2	37,8	54,0	46,7
Situação de trabalho	20 Tem tido trabalho remunerado	37,9	48,7	16,1	37,1
	21 Saúde impediu ter trabalho remunerado	33,3	47,3	38,7	49,1
Função cognitiva	13b Demorou para reagir às coisas	79,6	29,1	83,6	23,6
	13d Teve dificuldade para concentrar e pensar	79,9	26,0	83,9	24,0
	13f Sentiu-se confuso	78,3	28,3	85,5	26,9
Qualidade da interação social	13a Isolou-se das pessoas	81,8	29,5	87,7	26,5
	13c Irritou-se com as pessoas	70,0	29,3	77,4	28,4
	13e Relacionou-se bem com as pessoas	82,4	22,3	84,2	26,9
Função sexual	16a Tem problema para ter satisfação sexual	81,3	30,2	87,5	26,7
	16b Tem problema para ficar sexualmente excitado	74,3	34,1	90,6	12,9
Sono	17 Avaliação geral do sono	66,4	27,9	67,3	26,0
	18a Acorda durante a noite e tem dificuldade para dormir	67,7	31,5	60,7	28,0
	18b Dormiu pelo tempo necessário	62,0	33,4	67,9	26,7
	18c Teve dificuldade para ficar acordado durante o dia	87,0	22,1	79,4	25,1

Continua

Tabela 9 – Escores das dimensões específicas por itens do KDQOL-SF™ – para adultos e idosos em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005 (conclusão)

Dimensões	Itens	Adultos (n=132)		Idosos (n=62)	
		Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Suporte social	19a Está satisfeito com a quantidade de tempo que passa com família e amigos	78,5	30,6	79,6	29,2
	19b Está satisfeito com apoio que recebe da família e amigos	84,6	28,4	88,2	25,7
Estímulo por parte da equipe de diálise	24a Pessoal da diálise me encorajou a ser independente	74,1	37,0	85,5	28,1
	24b Pessoal da diálise me ajudou lidar/enfrentar doença renal	81,6	33,4	90,3	25,4
Satisfação do paciente	23 Satisfação com cuidados que recebe na diálise	72,5	20,1	68,3	18,5

A seguir, serão apresentadas as Tabelas 10 e 11, com os escores médios das dimensões genéricas e específicas do KDQOL-SF™ sob efeito de duas variáveis concomitantemente.

Tabela 10 – Escores médios das dimensões genéricas do KDQOL-SF™ para pacientes em hemodiálise com idade entre 18-59 anos e 60 anos e mais, segundo variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas. Ribeirão Preto-SP, 2005

Idade/Variáveis		Médias das dimensões genéricas do KDQOL-SF™							
Idade	Variável	Funcionamento físico	Função física	Dor	Saúde geral	Bem-estar emocional	Função emocional	Função social	Energia/fadiga
Sexo									
18-59	Masculino	69,2	42,7	65,0	56,5	70,1	59,7	67,4	67,2
	Feminino	58,7	39,1	60,8	56,0	60,3	61,6	64,4	59,4
60+	Masculino	49,7	28,4	63,0	57,2	71,6	77,5	61,2	61,5
	Feminino	41,0	36,0	52,4	59,6	71,0	69,3	58,0	58,4
Vínculo com trabalho									
18-59	Não tem	60,5	36,8	63,5	55,0	64,9	69,4	81,6	63,5
	Tem	75,3	50,6	63,7	58,9	70,1	73,7	81,5	66,3
60+	Não tem	42,6	30,5	59,4	57,7	69,8	67,6	84,0	57,2
	Tem	61,3	35,4	56,0	60,0	77,7	73,8	83,3	72,9
Diabetes mellitus									
18-59	Não diabéticos	68,4	43,4	64,9	57,7	67,4	62,0	68,4	64,3
	Diabéticos	48,7	30,3	55,7	47,9	62,5	50,9	54,6	65,3
60+	Não diabéticos	47,7	34,9	57,0	58,0	71,4	74,4	58,7	59,4
	Diabéticos	42,9	23,7	62,6	58,4	71,2	73,7	62,5	62,1
Hipertensão arterial									
18-59	Não hipertensos	57,30	41,89	53,24	54,32	60,32	64,86	62,16	56,22
	Hipertensos	68,79	41,32	67,53	57,11	69,18	58,60	68,03	67,68
60+	Não hipertensos	47,94	44,12	70,74	61,47	76,71	70,59	59,56	59,41
	Hipertensos	45,56	26,67	54,22	56,89	69,33	75,56	60,00	60,56
Acompanhamento médico antes da diálise									
18-59	Não teve	68,16	36,22	60,66	54,08	64,41	55,78	65,56	64,49
	Teve	64,04	44,58	65,21	57,65	68,05	63,05	66,87	64,46
60+	Não teve	40,96	28,85	57,98	55,58	69,85	65,38	55,77	55,96
	Teve	50,00	33,33	59,31	60,00	72,44	80,56	62,85	63,33

Tabela 11 – Escores médios das dimensões específicas do KDQOL-SF™ para pacientes em hemodiálise com idade entre 18-59 anos e 60 anos e mais, segundo variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas. Ribeirão Preto-SP, 2005.

Idade/Variáveis		Médias das dimensões específicas KDQOL-SF™										
Idade	Variável	Lista de sintomas/ problemas	Efeitos da doença renal	Sobrecarga da doença renal	Situação de trabalho	Função cognitiva	Qualidade da interação social	Função sexual	Sono	Suporte social	Estímulo por parte da equipe de diálise	Satisfação do paciente
Sexo												
18-59	Masculino	81,0	63,6	47,4	39,5	80,6	80,3	79,5	72,7	81,2	80,5	72,1
	Feminino	78,4	62,0	52,0	28,3	76,7	73,9	72,1	67,5	82,3	72,8	73,2
60+	Masculino	81,6	70,2	35,3	28,4	85,2	82,7	87,5	67,9	82,0	85,5	70,7
	Feminino	71,7	65,9	35,3	26,0	82,9	83,7	90,6	70,2	86,7	91,5	64,7
Vínculo com trabalho												
18-59	Não tem	78,6	61,8	45,8	13,2	78,9	76,7	76,4	56,3	65,1	79,3	73,0
	Tem	83,0	65,4	55,1	78,9	80,0	79,4	81,33	68,2	68,9	75,0	71,5
60+	Não tem	77,3	67,7	32,3	17,0	82,7	92,5	82,1	71,3	57,0	85,3	67,0
	Tem	78,8	71,6	47,9	70,8	91,1	83,3	87,2	86,1	71,9	99,0	73,6
Diabetes mellitus												
18-59	Não diabéticos	80,8	63,4	50,6	40,7	78,9	78,4	79,0	71,7	82,7	78,1	72,3
	Diabéticos	75,8	60,7	39,8	5,3	81,4	76,1	64,6	65,7	74,6	76,3	73,7
60+	Não diabéticos	76,0	68,4	36,3	27,9	83,6	82,5	90,0	69,1	81,0	87,8	68,6
	Diabéticos	81,4	68,6	32,9	26,3	86,0	84,6	87,5	68,1	90,4	88,2	67,5
Hipertensão arterial												
18-59	Não hipertensos	76,69	59,71	43,92	43,24	79,64	74,41	68,50	68,85	76,58	75,34	69,37
	Hipertensos	81,38	64,31	50,99	32,63	79,09	79,51	82,50	71,61	83,51	78,82	73,68
60+	Não hipertensos	84,93	69,67	33,09	29,41	83,53	84,71	87,50	70,44	78,43	89,71	68,63
	Hipertensos	74,86	67,99	36,11	26,67	84,59	82,52	89,58	68,19	85,93	87,22	68,15
Acompanhamento médico antes da diálise												
18-59	Não teve	77,98	61,29	49,87	34,69	77,28	78,10	79,29	73,78	80,27	79,85	72,11
	Teve	81,30	64,04	48,49	36,14	80,40	78,07	76,56	69,10	82,33	76,66	72,69
60+	Não teve	75,00	64,42	33,41	30,77	80,77	83,85	87,50	76,86	87,18	90,38	69,23
	Teve	79,51	71,35	36,63	25,00	86,85	82,59	90,63	62,99	81,48	86,11	67,59

Nas Tabelas 12 e 13 encontram-se os coeficientes de Correlação de Spearman entre as dimensões genéricas e específicas do KDQOL-SFTM e variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas para adultos e idosos do estudo.

Tabela 12 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre as dimensões genéricas do KDQOL-SFTM, variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas para adultos e idosos em hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005.

Dimensões genéricas do KDQOL-SF TM	Correlação de Spearman											
	Idade em anos completos		Anos que freqüentou a escola		Valor renda em salários mínimos (R\$ 260,00)		Número de comorbidades		Número de complicações		Tempo de hemodiálise	
	18-59	60+	18-59	60+	18-59	60+	18-59	60+	18-59	60+	18-59	60+
	anos	anos	anos	anos	anos	anos	anos	anos	anos	anos	anos	anos
Funcionamento físico	-,163	-,371**	,216*	,146	,271**	,214	-,324**	-,375**	-,389**	-,313*	-,009	-,179
Função física	-,144	,049	,093	-,018	,048	,141	-,183*	-,288*	-,270**	-,351**	,022	-,107
Dor	-,113	,083	-,042	,146	-,106	,190	-,090	-,228	-,337**	-,620**	-,058	-,069
Saúde geral	-,078	-,002	-,020	,015	,065	,007	-,185*	-,119	-,239**	-,369**	-,096	-,083
Bem-estar emocional	,060	,093	,114	-,062	,099	,133	-,097	-,261*	-,256**	-,305*	-,057	,110
Função emocional	-,042	,000	,318**	,070	,256**	,186	-,138	-,287*	-,379**	-,262*	-,042	,032
Função social	-,061	-,072	,046	-,082	-,014	,113	-,215*	-,096	-,291**	-,146	,024	-,090
Energia/fadiga	,064	,069	,055	,020	,131	,169	,000	-,189	-,322**	-,387**	-,192*	-,039

** Estatisticamente significativa para $p < 0,01$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

* Estatisticamente significativa para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Tabela 13 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre as dimensões específicas do KDQOL-SF™, variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas para adultos e idosos em hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005

Dimensões específicas do KDQOL-SF™	Correlação de Spearman											
	Idade em anos completos		Anos que frequentou a escola		Valor renda em salários mínimos (R\$ 260,00)		Número de comorbidades		Número de complicações		Tempo de hemodiálise	
	18-59 anos	60+ anos	18-59 anos	60+ anos	18-59 anos	60+ anos	18-59 anos	60+ anos	18-59 anos	60+ anos	18-59 anos	60+ anos
Lista de sintomas/problemas	,016	,023	,152	,239	,071	,216	-,151	-,207	-,429**	-,681**	,044	-,001
Efeitos da doença renal	,172*	,059	,027	,090	,027	,037	-,088	-,035	-,182*	-,478**	,022	,053
Sobrecarga da doença renal	,045	-,075	,156	,110	,165	,108	-,102	-,040	-,123	-,275*	-,061	,145
Situação de trabalho	-,238**	,134	,341**	,005	,403**	,195	-,235**	-,187	-,200*	-,202	-,014	,209
Função cognitiva	,115	,128	,069	,138	,120	,208	,012	-,058	-,244**	-,235	,057	,128
Qualidade da interação social	,146	,101	,108	-,087	,081	,109	-,122	-,236	-,265**	-,289*	,002	-,220
Função sexual	-,274*	-,498	,014	-,459	-,022	-,288	-,092	,244	-,159	,026	,043	,885**
Sono	-,091	,225	-,021	-,037	-,047	,102	-,082	-,128	-,196*	-,194	,105	-,043
Suporte social	,243**	,321*	,053	-,146	,084	,009	-,135	,003	-,151	-,190	-,080	-,043
Estímulo por parte da equipe de diálise	,078	,043	-,072	-,313*	,017	-,026	,018	-,125	-,254	-,254*	,035	-,140
Satisfação do paciente	-,032	,210	-,148	,087	-,073	,284*	-,042	,018	-,066	-,181	-,244**	-,054

** Estatisticamente significativa para $p < 0,01$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

* Estatisticamente significativa para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Itens adicionais do instrumento KDQOL-SF™

A questão de número 02 (escala do SF36) do instrumento não é computada no cálculo das 19 dimensões do KDQOL-SF™. Esse item avalia a saúde geral atual do paciente comparada ao ano anterior. Obteve-se como respostas dos pacientes para esse item: 55 (28,4%) consideraram sua saúde atual “aproximadamente igual há um ano”, 54 (27,8%) “um pouco melhor agora do que há um ano”; 39 (20,1%) “muito melhor agora do que há um ano”; 29 (14,9%) “um pouco pior agora do que há um ano” e 17 (8,8%) “muito pior agora do que há um ano”.

A questão de número 22 (escala específica para doença renal) também não é computada no cálculo das 19 dimensões do KDQOL-SF™. É um item que se propõe a avaliar a saúde em geral, utilizando-se de uma escala com variação de 0 a 10. Dos resultados obteve-se: 41,8% dos pacientes consideraram sua saúde no geral no “meio-termo entre o pior e o melhor” (respostas= valor 5); 39,2% consideraram no intervalo do “meio-termo entre o pior e o melhor” e “a melhor possível” (variação das respostas entre os valores 6 e 9); 9,8% consideraram “a melhor possível” (respostas= valor 10); 8,8% consideraram entre “a pior possível (tão ruim ou pior do que estar morto)” e o “meio-termo entre o pior e melhor” (variação das respostas entre os valores 1 e 4) e por fim, 0,5% consideraram “a pior possível (tão ruim ou pior do que estar morto)” (respostas= valor 0).

As Tabelas 14 e 15 apresentam os escores médios e desvios-padrão das dimensões genéricas e específicas do KDQOL-SF™, segundo número de co-morbidades presentes para os pacientes, variando de 0 (nenhuma co-morbidade), de 1 a 3 co-morbidades e 4 ou mais co-morbidades; para os adultos e idosos do estudo.

Tabela 14 – Escores médios das dimensões genéricas do KDQOL-SF, segundo número de co-morbidades para adultos e idosos em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005

Dimensão KDQOL-SF™	Idade	Nº co-morbidades	Média	Desvio-padrão
Funcionamento físico	Adultos	0	90,0	10,0
		1-3	71,6	23,1
		4+	45,9	32,9
	Idosos	0	90,0	.
		1-3	54,8	25,6
		4+	39,5	28,8
Função física	Adultos	0	66,7	38,2
		1-3	45,3	34,5
		4+	28,0	34,1
	Idosos	0	100,0	.
		1-3	37,5	34,6
		4+	25,7	24,6
Dor	Adultos	0	83,3	5,8
		1-3	65,3	27,7
		4+	56,6	29,8
	Idosos	0	100,0	.
		1-3	64,3	32,3
		4+	54,1	28,6
Saúde geral	Adultos	0	78,3	17,6
		1-3	56,9	24,9
		4+	52,7	24,0
	Idosos	0	85,0	.
		1-3	60,0	21,9
		4+	56,2	23,1
Bem-estar emocional	Adultos	0	92,0	13,9
		1-3	66,2	24,0
		4+	65,9	24,0
	Idosos	0	100,0	.
		1-3	75,2	23,6
		4+	68,1	22,8
Função emocional	Adultos	0	66,7	57,7
		1-3	63,5	39,9
		4+	50,5	40,9
	Idosos	0	100,0	.
		1-3	80,6	29,4
		4+	69,4	32,8
Função social	Adultos	0	100,0	0,0
		1-3	66,5	29,7
		4+	62,9	27,9
	Idosos	0	100,0	.
		1-3	58,9	31,0
		4+	59,5	30,5
Energia/fadiga	Adultos	0	81,7	27,5
		1-3	63,1	23,9
		4+	67,0	25,0
	Idosos	0	80,0	.
		1-3	63,3	22,5
		4+	57,7	26,0

Tabela 15 – Escores médios das dimensões específicas do KDQOL-SF, segundo número de co-morbidades para adultos e idosos em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005

Dimensão KDQOL-SF™	Idade	Nº co-morbidades	Média	Desvio-padrão
Lista de sintomas/problemas	Adultos	0	91,0	9,4
		1-3	81,1	13,6
		4+	76,0	16,0
	Idosos	0	100,0	.
		1-3	80,7	15,0
		4+	75,0	18,5
Efeitos da doença renal	Adultos	0	70,8	23,5
		1-3	63,3	18,7
		4+	61,5	22,5
	Idosos	0	100,0	.
		1-3	66,4	18,3
		4+	68,9	18,6
Sobrecarga da doença renal	Adultos	0	60,4	37,7
		1-3	49,7	27,9
		4+	45,8	34,2
	Idosos	0	100,0	.
		1-3	34,4	31,8
		4+	34,1	30,7
Situação de trabalho	Adultos	0	100,0	0,0
		1-3	37,0	41,8
		4+	25,8	35,6
	Idosos	0	0,0	.
		1-3	33,3	35,1
		4+	24,3	34,6
Função cognitiva	Adultos	0	95,6	7,7
		1-3	78,3	22,3
		4+	80,6	19,3
	Idosos	0	100,0	.
		1-3	85,6	16,5
		4+	83,1	20,9
Qualidade de interação social	Adultos	0	95,6	7,7
		1-3	78,0	20,4
		4+	76,8	20,0
	Idosos	0	100,0	.
		1-3	86,9	17,8
		4+	80,2	18,9
Função sexual	Adultos	0	95,8	7,2
		1-3	77,3	29,6
		4+	76,1	26,5
	Idosos	0	.	.
		1-3	84,4	15,7
		4+	93,8	12,5

Continua

Tabela 15 – Escores médios das dimensões específicas do KDQOL-SF, segundo número de co-morbidades para adultos e idosos em tratamento por hemodiálise. Ribeirão Preto-SP, 2005 (conclusão)

Dimensão KDQOL-SF™	Idade	Nº co-morbidades	Média	Desvio-padrão
Sono	Adultos	0	91,7	7,6
		1-3	70,1	20,1
		4+	71,1	25,1
	Idosos	0	62,5	.
		1-3	69,4	25,0
		4+	68,6	17,2
Suporte social	Adultos	0	77,8	19,2
		1-3	83,0	25,1
		4+	77,8	26,9
	Idosos	0	100,0	.
		1-3	81,9	28,6
		4+	84,7	22,4
Estímulo por parte da equipe de diálise	Adultos	0	95,8	7,2
		1-3	77,2	32,2
		4+	78,0	32,0
	Idosos	0	100,0	.
		1-3	80,7	33,6
		4+	92,2	14,8
Satisfação do paciente	Adultos	0	88,9	9,6
		1-3	71,9	19,8
		4+	72,7	21,2
	Idosos	0	50,0	.
		1-3	68,1	21,9
		4+	68,9	16,3

Os resultados das Tabelas 14 e 15 indicam que à medida que os adultos e idosos apresentam-se com maior número de co-morbidades, os escores médios da maioria das dimensões diminuem, confirmando a percepção inicial de que as co-morbidades se relacionam negativamente com a QVRS de adultos e idosos.

5 - DISCUSSÃO

Neste capítulo será apresentada a discussão dos dados sociodemográficos, econômicos e clínicos, bem como a avaliação da QVRS dos 194 pacientes em tratamento por hemodiálise, advindos dos resultados da pesquisa.

5.1 Caracterização sociodemográfica, econômica e clínica da população

O predomínio do sexo masculino na população estudada corrobora com resultados de outros estudos de pacientes com IRCT em tratamento dialítico quando comparados os gêneros masculino e feminino (RODRIGUES NETO et al., 2000; CARMICHAEL et al., 2000; ROMÃO, 2001; CASTRO et al., 2003; ABREU, 2005). Os dados apresentados pelo Ministério da Saúde (BRASIL. MS; 2001) indicam um total de 65.534 pacientes em programa de diálise no Brasil, sendo 37.613 homens e 27.921 mulheres.

Dos pacientes que constituíram a população estudada, 132 (68,0%) eram adultos (idades entre 18 e 59 anos) e 62 (32%) eram idosos (idade igual ou maior a 60 anos). Um inquérito epidemiológico realizado em unidades de diálise por Sesso (2000) mostrou que 26% dos pacientes que se mantinham em tratamento dialítico, naquela ocasião, tinham 60 anos e mais de idade. Romão Junior et al. (2003) atribuem o aumento crescente da população com doença renal crônica, principalmente ao envelhecimento da população em geral, além do aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como a diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial. Portanto, a tendência geral é de cada vez mais se observarem idosos com doença renal crônica. A faixa etária que apresentou maior distribuição de

pacientes, neste estudo, foi entre 50 e 59 anos, o que significa que em menos de uma década esses pacientes serão considerados idosos.

Quanto aos achados relacionados à escolaridade, estão de acordo com a realidade brasileira, na qual grande parcela da população é analfabeta ou tem poucos anos de estudo. Sesso; Rodrigues Neto; Ferraz (2003), quando investigaram o impacto socioeconômico na QV de pacientes com IRCT, identificaram resultados semelhantes com o presente estudo, ou seja, mais de 65% dos pacientes tinham somente o ensino fundamental o que corresponde a 8 anos ou menos de estudo.

O fato de a maioria dos pacientes viver com um companheiro (a) e residir com a família pode contribuir para o cuidado no domicílio, pois a IRCT provoca perdas funcionais com comprometimento da independência e autonomia, muitas vezes tornando-os dependentes totais ou parciais dos cuidados de outra pessoa (BELASCO; SESSO, 2002).

A baixa renda mensal informada (68,5% recebiam até 5 SM) pelos pacientes está vinculada aos meios de obtenção da mesma, dentre eles, o grande número de pacientes que não apresentavam vínculo com trabalho e assim dependiam da aposentadoria, auxílio-doença, doações, entre outros. Carreira e Marcon (2003) mencionam a relevância do trabalho na vida das pessoas com IRC, que estão na posição familiar de pais e cônjuges, com vistas às responsabilidades e condições de vida da família, inclusive financeiramente. As autoras concluem que a IRC e os tratamentos não constituem impedimento direto e absoluto ao trabalho, mas causam limitações importantes aos pacientes, muitas vezes ocasionando os afastamentos e aposentadorias decorrentes da doença.

Em relação às causas da IRCT, os resultados deste estudo não coincidem com os dados de inquéritos realizados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia em

1996/1997, nos quais são apontadas como principais causas da IRCT: hipertensão arterial (24%), glomerulonefrite (24%) e diabetes mellitus (17%) (SESSO, 2002). As causas mencionadas como não especificadas ou indeterminadas podem estar subestimando as verdadeiras causas da IRCT, por não ter sido realizado o diagnóstico diferencial na ocasião da identificação da doença. É de extrema relevância reconhecer o quadro das doenças que causam as IRCTs, para direcionar as ações de controle e prevenção junto à população geral, haja vista o aumento crescente e contínuo de doenças crônicas não transmissíveis na população.

O tempo de tratamento por hemodiálise teve uma grande variação entre o mínimo e o máximo e a mediana ficou em 30 meses, o que corresponde a 2,5 anos. Segundo Sesso (2002), a sobrevida atuarial dos pacientes com IRCT, após um ano de diálise no Brasil, tem estado em torno de 80%; e após 1 e 5 anos de tratamento, a sobrevida é aproximadamente de 88 e 64% respectivamente, para pacientes com menos de 50 anos de idade e não diabéticos, pois os principais fatores de risco que influenciam na mortalidade é a idade avançada e a ocorrência de diabetes *mellitus*.

Para pacientes com IRCT em tratamento dialítico, a principal causa da anemia é a deficiência relativa da eritropoetina (LEVIN, 1999). O tratamento desses pacientes com a reposição da eritropoetina tem se ampliado na realidade brasileira. Os pacientes passam por avaliações clínicas e laboratoriais mensalmente que direcionam a prescrição e fornecimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) dessa medicação para o tratamento da anemia. Resultados de pesquisas têm mostrado que o tratamento com a eritropoetina melhora a qualidade de vida dos pacientes com IRCT (LEVIN, 1999; VALDERRÁBANO, 2000).

5.2 Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise segundo o KDQOL-SF™

A IRCT, atualmente, é considerada como um grave e crescente problema de saúde pública, ao se levar em consideração o aumento da incidência e prevalência dessa doença na população. O aumento da população com doença renal crônica pode ser atribuído ao envelhecimento da população em geral, ao aumento das doenças crônicas, tais como hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, as duas principais causas da IRCT (VALDERRÁBANO; JOFRE; LÓPEZ-GOMEZ, 2001; ROMÃO JUNIOR et al., 2003), bem como o aumento da sobrevida dessas pessoas devido à melhoria da terapêutica dialítica e realização do transplante renal.

Os pacientes com IRCT experimentam sintomas que podem afetar suas atividades diárias, e a progressão da doença e os tratamentos causam impacto na condição de saúde e QVRS, percebidas pelos próprios pacientes. Daí a importância de investigar aspectos da QVRS que possam estar alterados na percepção dos pacientes e que compõem estudos já realizados e outros aspectos que não estejam tão explorados, mas que tenham significância clínica na abordagem dos pacientes com IRCT.

A utilização do instrumento KDQOL-SF™ neste estudo possibilitou a avaliação da QVRS dos pacientes com IRCT em tratamento por hemodiálise, residentes na cidade de Ribeirão Preto-SP. Esse instrumento, recentemente disponibilizado para uso no Brasil, possui a vantagem da associação de dimensões genéricas com dimensões específicas para a doença renal utilizadas na avaliação da QVRS das pessoas em diálise. Segundo Fayers e Machin (2000), é importante utilizar instrumentos genérico e específico em conjunto, com o objetivo de evitar

repetições ou contradições entre os itens, verificando a compatibilidade entre os instrumentos, esse cuidado é importante na escolha dos instrumentos a serem utilizados.

A interpretação dos dados obtidos, com a aplicação de instrumentos que se propõem a medir a QV, precisa de valores normativos para que proporcione o entendimento da significância dos resultados obtidos (BLAY; MERLIN, 2006), porém a maioria dos questionários não se reporta à definição desses valores, assim como o KDQOL-SFTM que preconiza os escores variando de 0 e 100, cujos valores menores que se aproximam de 0 indicam estado de saúde menos favorável, enquanto os valores maiores que se aproximam de 100 indicam melhor QVRS (HAYS et al., 1994; DUARTE, 2003). Assim como recomenda Fayers e Machin (2000), para este estudo serão apresentadas comparações das diferenças entre as médias encontradas e a literatura científica.

Em relação às dimensões do KDQOL-SFTM, os valores médios dos escores encontrados variaram de 33,0 a 82,3, conforme pode-se observar na Tabela 6.

As dimensões que apresentaram maiores escores médios foram: suporte social (82,3), estímulo por parte da equipe de diálise (81,1) e função cognitiva (80,9), todas dimensões específicas da doença renal.

A dimensão que apresentou primeiro maior escore médio, suporte social, é composta por dois itens que verificam o quanto o paciente está satisfeito com o tempo que passa com a família e amigos e o quanto está satisfeito com o apoio que recebe da família e amigos. Essa dimensão é de extrema relevância, na abordagem da maioria dos pacientes com IRCT, diante da dependência física e emocional que esses pacientes estabelecem no processo de adoecer e durante a manutenção da vida (KUSUMOTA, 2001). Estudos prévios têm demonstrado que o suporte social é

um fator determinante para o curso da doença e também para a QVRS (ACHAT et al., 1998; VAZQUEZ et al., 2003).

As variáveis que se relacionaram elevando os escores médios dessa dimensão foram: idade, sexo, trabalho, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e receber ajuda para atividades do cotidiano.

Encontrou-se correlação positiva moderada entre suporte social e idade em anos completos para idosos, significando que à medida que os pacientes apresentam maior idade, têm maior escore para a dimensão suporte social (Tabela 13). Provavelmente esses pacientes necessitam e possuem, em maior grau, a presença e apoio de familiares e amigos para o cuidado, quando comparados aos adultos. Os idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis desenvolvem dependências de outras pessoas para o atendimento de suas necessidades, pois enfrentam mudanças de ordem social, econômica, física e emocional (MARQUES, 1999).

O envolvimento da família no cuidado ao idoso com IRCT é imprescindível, visto que são os familiares os principais responsáveis pelo suporte informal ao paciente (DAVISON, 2001).

Doorn et al. (2004) realizaram um estudo com idosos em hemodiálise, na Bélgica, aplicando o KDQOL-SFTM, estratificaram os resultados por faixas etárias e encontraram os escores médios para a dimensão suporte social entre as mais elevadas para os idosos de 60-69 anos; 70-79 anos e 80 anos e mais de idade e concluíram que os pacientes idosos são mais dependentes para as atividades da vida diária e necessitam de maiores cuidados. Concluíram ainda que essa situação ocasiona sobrecarga para os familiares dos idosos que buscam assistência de enfermagem domiciliária.

Quanto ao sexo, as mulheres adultas e idosas apresentaram maiores escores médios para a dimensão suporte social quando comparadas aos homens (Tabela 11). Vazquez et al. (2004) obtiveram resultados semelhantes, quando avaliaram as diferenças da QVRS entre homens e mulheres em hemodiálise, e encontraram o primeiro maior escore nessa dimensão entre as mulheres, e o sexto maior escore entre os homens.

Em geral, as mulheres percebem maior apoio, principalmente da família e de amigos (ARECHABALA MANTULIZ; PALMA CASTRO; CATONI SALAMANCA, 2002).

Provavelmente a cultura da fragilidade feminina associada à doença ocasiona o maior suporte social familiar e de amigos. Essa variável nos leva a refletir sobre o planejamento da assistência à saúde diferenciada entre os gêneros feminino e masculino, envolvendo as pessoas responsáveis pela continuidade do cuidado no domicílio.

A variável vínculo com trabalho apresentou-se influenciando positivamente a dimensão suporte social, visto que os escores médios aumentaram para os adultos e idosos que possuíam o vínculo com trabalho nessa dimensão (Tabela 11). Os pacientes que possuem vínculo com trabalho, provavelmente, são mais independentes e possuem maior auto-estima e auto-realização e assim manifestam maior satisfação com o tempo e apoio que recebem de familiares e amigos, aumentando os escores médios dessa dimensão. Já os pacientes que não conseguem estabelecer e/ou manter esse vínculo com trabalho devem ter a sensação de frustração e impotência, além de serem mais dependentes, levando à manifestação de insatisfação com o tempo e apoio que recebe de familiares e amigos. O maior impacto para os pacientes com IRCT em tratamento por

hemodiálise é o forte sentimento de sobrecarga e frustração devido à doença e à dificuldade em manter um trabalho remunerado (VAZQUEZ et al., 2003).

A ocorrência de doenças crônicas nos pacientes, além da IRCT, como é o caso da hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, pode aumentar a necessidade de suporte social, devido às complicações relacionadas às doenças e conseqüentes incapacidades que acometem os pacientes. Neste estudo os adultos e idosos hipertensos apresentaram escores médios maiores na dimensão suporte social, quando comparados aos não hipertensos, o mesmo ocorreu para os idosos diabéticos que tiveram escore médio mais elevado na dimensão suporte social comparados aos idosos não diabéticos (Tabela 11). A diabetes *mellitus*, a hipertensão arterial, bem como a IRCT são doenças que se prolongam por muito tempo, o que na maioria das vezes favorece a adaptação dos pacientes e familiares. Também é comum se observar o estabelecimento de vínculos sentimentais fortes entre esses pacientes e a família, após o aparecimento da doença, levando a maiores chances dos pacientes receberem o apoio e ajuda necessários (LEVY, 1996).

A dimensão que obteve segundo maior escore médio do KDQOL-SF™ foi estímulo por parte da equipe de diálise. Essa dimensão é composta por dois itens que verificam o quanto são verdadeiras as afirmações: “o pessoal da diálise me encorajou a ser o mais independente possível”; “o pessoal da diálise me ajudou a lidar / enfrentar com minha doença renal”.

A dimensão de QVRS em questão reflete os resultados e qualidade da assistência prestada pela equipe de profissionais da saúde aos pacientes em hemodiálise. Um dos objetivos da avaliação da QVRS em nefrologia é a execução

de funções preventivas, psicoterapêuticas e reabilitadoras, que são realizadas pela equipe de profissionais da saúde (DINIZ; SCHOR, 2006).

A enfermagem, em especial, tem papel fundamental em promover a realização das sessões de hemodiálise, realizar a educação dos pacientes e familiares e/ou acompanhantes, bem como apoiar e contribuir com o processo de enfrentamento da IRCT e tratamento para o paciente. A percepção dos pacientes frente a essas funções, assim como a assistência recebida de outros profissionais, resulta nos escores da dimensão estímulo por parte da equipe de diálise. Neste estudo, o escore alto obtido para essa dimensão significa que os pacientes avaliaram de forma positiva a assistência que têm recebido nos serviços de diálise.

Por outro lado, essa avaliação positiva manifestada pode compor estratégias de relacionamento interpessoal entre pacientes e equipe profissional. O desejo de agradar e o medo de punição podem ser fatores determinantes para os pacientes se manifestarem satisfeitos com a assistência recebida, já que o tratamento da IRCT tem caráter crônico.

As variáveis relacionadas com a dimensão referida na determinação dos escores médios foram: sexo, escolaridade e trabalho.

O sexo feminino apresentou maior escore médio para idosos na dimensão estímulo por parte da equipe de diálise (Tabela 11). Resultados semelhantes foram obtidos em estudo que investigou o estado de saúde de pacientes em hemodiálise com aplicação do KDQOL-SFTM, comparando os gêneros masculino e feminino e os adultos e idosos, para a dimensão estímulo por parte da equipe de diálise, as mulheres apresentaram maior escore médio quando comparadas aos homens, e entre adultos e idosos não houve diferença significativa entre os escores médios (WALTERS et al., 2002).

Também para os idosos, a variável escolaridade apresentou correlação negativa moderada com a dimensão estímulo por parte da equipe de diálise, indicando que há uma relação inversa entre essas duas variáveis (Tabela 13). Esses resultados podem sugerir a interpretação errônea dos itens que compõem essa dimensão, pelos pacientes idosos, pois durante as entrevistas, a pesquisadora e a auxiliar de coleta de dados observaram dúvidas verbalizadas pelos idosos de menor grau de escolaridade, referentes aos dois itens da dimensão.

O fato de ter trabalho foi uma variável que influenciou positivamente no aumento do escore da dimensão estímulo por parte da equipe de diálise para os idosos. Assim como já foi discutido na dimensão anterior, ter vínculo com trabalho, provavelmente, torna os pacientes mais independentes, com maior auto-estima e auto-realização, favorecendo a receptividade dos profissionais da diálise no tratamento. Contudo tem que se considerar que o grupo de idosos que tinha vínculo com trabalho era pequeno.

A dimensão que obteve o terceiro maior escore médio do KDQOL-SFTM foi a função cognitiva. Os três itens que compõem essa dimensão estão relacionados com a investigação de prejuízo do pensamento e verificam por quanto tempo os pacientes nas últimas quatro semanas, a contar da data da entrevista, demoraram para reagir às situações que aconteceram ou foram ditas; tiveram dificuldade para se concentrar e pensar e sentiram-se confusos.

Há de se ressaltar neste momento que os idosos incluídos no estudo realizaram uma avaliação cognitiva prévia à entrevista como critério de inclusão/exclusão ao estudo. Aqueles que não tiveram resultado razoável na aplicação do MEEM foram excluídos. Portanto o escore médio elevado encontrado nessa dimensão sofreu influência da seleção realizada com os idosos.

As variáveis que se relacionaram com a função cognitiva foram: sexo, trabalho, acompanhamento antes do início da diálise e receber ajuda nas atividades do dia-a-dia.

O sexo masculino apresentou escores médios mais elevados na dimensão função cognitiva para adultos e idosos (Tabela 11). Os homens que participaram do presente estudo apresentaram maior número de anos de estudo quando comparados às mulheres (Tabela 1); e a escolaridade é uma variável que influencia diretamente na dimensão função cognitiva (BERTOLUCCI et al., 1994).

A variável ter trabalho apresentou escores maiores na dimensão função cognitiva para adultos e idosos (Tabela 11). O estabelecimento de vínculo com trabalho e a manutenção da vida profissional ativa colaboram para o desenvolvimento intelectual das pessoas (CARREIRA; MARCON, 2003) e conseqüentemente para o melhor desempenho da função cognitiva.

O fato dos pacientes terem tido acompanhamento médico antes de iniciar a diálise elevou os escores médios na dimensão função cognitiva para adultos e idosos. Esses resultados sugerem que os pacientes que receberam tratamento médico, no período prévio à diálise, apresentavam quadro clínico mais favorável, influenciando positivamente no desempenho cognitivo.

Não receber ajuda para atividades diárias fez com que o escore médio na dimensão função cognitiva aumentasse entre os idosos, o que pode significar que idosos mais independentes apresentam menor prejuízo do pensamento, conseqüentemente melhor função cognitiva.

As dimensões que tiveram os menores escores médios foram: situação de trabalho (33,0), função física (38,3) e sobrecarga de doença renal (44,6). Estudo realizado por Perneger et al. (2003) na Suíça, teve resultado semelhante, quando

encontraram os menores escores para as dimensões: situação de trabalho (25,26), função física (32,46), saúde geral (43,87), energia/fadiga (45,89) e sobrecarga da doença renal (49,62), ao aplicar o KDQOL-SFTM para avaliar o estado de saúde de pacientes crônicos em hemodiálise, realizando comparação com a população geral. Vazquez et al. (2003) aplicaram o KDQOL-SFTM e os menores escores médios encontrados foram: situação de trabalho (34,05), saúde geral (41,31) e sobrecarga da doença renal (46,92), ao investigar os fatores psicossociais e QVRS de pacientes menores de 65 anos, com baixo número de co-morbididades e não diabéticos. Vazquez et al. (2005) realizaram outro estudo mais recentemente, na Espanha, para investigar a relação entre fatores psicossociais e QVRS segundo o KDQOL-SFTM, controlando aspectos sociodemográficos e clínicos, de pacientes em hemodiálise, e também os resultados dos escores médios mais baixos foram: situação de trabalho (29,73), saúde geral (39,21), sobrecarga da doença renal (43,32) e saúde física (48,02).

A dimensão que obteve o primeiro menor escore foi situação de trabalho (33,0) o que demonstra o iminente problema relacionado à vida profissional, na qual a maioria dos pacientes com IRCT, que realiza hemodiálise, não consegue estabelecer e/ou manter vínculo com trabalho, provavelmente devido ao tempo dedicado ao tratamento (quatro horas diárias por três dias da semana); presença de queixas físicas de fraqueza, cansaço, indisposição, lipotímia e mal-estar geral, nos dias de realização de hemodiálise, o que impossibilita a realização de esforço físico para o trabalho; bem como o próprio mercado de trabalho, no Brasil, que tão pouco oferece oportunidades para as pessoas que possuem limitações dessa natureza.

O desengajamento profissional pode provocar uma crise de identidade pessoal quando o paciente estabelece dependência do papel profissional e o

considera lugar de prestígio, fonte de poder ou meio de obtenção de bens materiais, além de fonte de renda direta. Quando os pacientes são despojados do seus trabalhos, além de todas as outras repercussões da doença em suas vidas, estabelecem-se as desigualdades sociais.

Os itens que avaliam a dimensão situação de trabalho do KDQOL-SF™ verificam se os pacientes tiveram trabalho remunerado nas últimas quatro semanas e se a saúde impediu essa atividade. Observou-se nas entrevistas tanto pacientes que realizavam trabalhos sem vínculo fixo e nas últimas quatro semanas não tinham trabalhado quanto aqueles que trabalharam nas últimas quatro semanas, mesmo assim manifestaram que a saúde os impedia de ter um trabalho.

As variáveis que tiveram relação com essa dimensão foram: sexo, escolaridade, trabalho, renda e acompanhamento médico antes do início da diálise.

Nas Tabelas 10 e 11, observa-se que para a maioria das dimensões genéricas e específicas do KDQOL-SF™ o fato de os pacientes terem vínculo com trabalho aumenta os escores médios para adultos e idosos, refletindo melhor QVRS para aqueles que trabalhavam, apesar desse vínculo ter sido constatado para apenas 30% dos pacientes do estudo.

Ter vínculo com trabalho está diretamente relacionado com a renda dos pacientes, conforme descrito, a maioria desses não tem vínculo com trabalho e possui como principais meios de obtenção de renda, o auxílio-doença, aposentadoria, dentre outros. Esses meios de renda podem não ser constantes, como é o caso do auxílio-doença, bem como a renda pode não ser suficiente para manutenção mensal das despesas, principalmente quando se trata de pacientes com vários membros compondo suas famílias. Ao se analisarem o coeficiente de correlação entre as dimensões do KDQOL-SF™ e a renda dos pacientes do estudo

(Tabela 12 e 13), observa-se correlação positiva moderada entre a situação de trabalho e renda para os adultos, confirmando que quanto maior a renda, maior o escore da QVRS para a dimensão situação de trabalho. Para todas as demais dimensões, as correlações com a renda encontradas foram fracas. De encontro aos resultados deste estudo, Sesso et al. (2003) realizaram um estudo prospectivo na cidade de São Paulo-SP e concluíram que o *status* socioeconômico ocasiona impacto na QVRS de pacientes com IRCT no início e durante o primeiro ano de tratamento por diálise.

O sexo feminino é uma variável que tem sido investigada como um fator que compromete a QVRS (REBOLLO et al., 2000b; WALTERS et al., 2002; VAZQUEZ et al., 2004).

No presente estudo pôde-se observar que várias dimensões genéricas e específicas do KDQOL-SFTM tiveram seus escores médios diminuídos para o sexo feminino, dentre elas a situação de trabalho (Tabelas 10 e 11). Vazquez et al. (2004) realizaram um estudo para definir as diferenças da QVRS entre homens e mulheres em hemodiálise e identificar os fatores que causam essas diferenças, utilizando o KDQOL-SFTM, e encontraram os escores médios menores para mulheres na maioria das dimensões, apesar de terem identificado diferenças estatisticamente significantes somente para as dimensões: funcionamento físico, função emocional, função social e bem-estar emocional. Esses autores atribuíram a pior QVRS para mulheres, como reflexo das diferenças entre os sexos que também estão presentes na população geral e são relacionadas com baixa escolaridade, situação de trabalho, anemia, baixo nível de Kt/V, maior risco para ansiedade e sintomas depressivos nas mulheres. Portanto pode-se inferir que há relação com fatores psicológicos e sociais de enfrentamento da IRCT, além de fatores clínicos.

A escolaridade também foi uma variável que no presente estudo teve influência na QVRS. Obteve-se correlação positiva moderada entre anos que freqüentou a escola e a dimensão situação de trabalho para os adultos (Tabela 13). Sesso; Rodrigues Neto; Ferraz (2003) indicam a baixa escolaridade e o baixo nível socioeconômico como variáveis que influenciam negativamente na QVRS dos pacientes em tratamento dialítico. O mercado de trabalho tem cada vez mais exigido formação profissional, o que exige maior grau de escolaridade, dos trabalhadores na ativa. A maioria dos pacientes tem poucos anos de escolaridade (Tabela 1) e possui limitações relacionadas à IRCT e tratamento por hemodiálise, tornando-se difícil ou até inviável o exercício profissional, em uma sociedade capitalista com mercado de trabalho competitivo.

A dimensão que apresentou o segundo menor escore médio foi função física (38,3). Essa dimensão verifica as limitações no tipo e quantidade de trabalho ou outras atividades, bem como o quanto as limitações dificultam a realização do trabalho ou outras atividades, o que demonstra relação com a primeira dimensão apresentada, a situação de trabalho. São queixas constantes dos pacientes com IRCT em hemodiálise a falta de energia e sensação de desânimo, o que provavelmente diminui o escore para essa dimensão. Conforme verifica-se na Tabela 9, na dimensão função física, o fato de não possuir vínculo com trabalho corresponde a ter escores médios menores para os adultos e idosos.

Estudos sobre QVRS utilizando-se o instrumento SF36, que faz parte do KDQOL-SFTM, têm sido realizados com pacientes com IRCT em tratamento por hemodiálise, no Brasil, e têm demonstrado a dimensão função física como sendo a que obtém menor escore dentre as oito dimensões avaliadas pelo instrumento

(RODRIGUES NETO, 1998; CASTRO et al., 2003; SESSO; RODRIGUES NETO; FERRAZ, 2003; ABREU, 2005).

Os quatro itens que compõem a dimensão função física verificam se nas últimas quatro semanas, da data da entrevista, os pacientes, devido à saúde física, referiram: 4a- Redução da quantidade de tempo que passa trabalhando ou em outras atividades; 4b- Fizeram menos coisas do que gostariam; 4c- Sentiram dificuldades no tipo de trabalho que realizam ou outras atividades; 4d- Tiveram dificuldades para trabalhar ou realizar outras atividades.

Neste estudo, as variáveis que se relacionaram com essa dimensão para adultos e idosos foram: idade, trabalho, co-morbidades e diabetes *mellitus*.

Conforme Tabela 8, as médias para os itens da dimensão função física variaram entre adultos e idosos e observaram-se médias mais baixas dos quatro itens para os idosos. Destaca-se atenção para o item 4b que obteve médias de 23,5 e 21,0 para adultos e idosos respectivamente. Pode-se justificar as médias mais baixas para os idosos, devido às modificações na condição de saúde decorrentes do próprio processo de envelhecimento associado ao quadro da IRCT e ao tratamento por hemodiálise.

Walters et al. (2002) avaliaram a QVRS, sintomas depressivos, anemia e má nutrição no início da hemodiálise, aplicaram o KDQOL-SFTM e compararam grupos de pacientes menores que 65 anos e os com 65 anos e mais, e encontraram as médias 18,4 e 15,9, respectivamente, para a dimensão função física, resultado semelhante ao presente estudo.

Souza (2004) investigou a QVRS do idoso em hemodiálise, comparando dois instrumentos de avaliação, e constatou com o uso do SF36 que as dimensões de avaliação da saúde física, incluindo a função física, apresentaram menores

escores, quando comparados com as dimensões da saúde mental. Da mesma forma, Stadnyk et al. (1998), ao avaliar a QVRS de idosos da população geral usando o SF36, constataram escore médio de menor valor para função física. Loos et al. (2003) compararam a QVRS de dois grupos, sendo um de idosos com IRCT e um grupo-controle; aplicaram o SF36 e constataram menores escores para as dimensões função física e função emocional para os dois grupos.

A ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis está diretamente associada aos menores escores de QVRS de uma população (CICONELLI et al., 1998; VALDERRÁBANO; JOFRE; LÓPEZ-GOMEZ, 2001). Observa-se a variação dos escores médios nas dimensões do KDQOL-SFTM, segundo número de comorbidades associadas à IRCT (Tabela 14 e 15), assim, é possível verificar que à medida que os adultos e idosos apresentaram maior número de co-morbidades, os escores médios das dimensões do KDQOL-SFTM diminuíram, indicando que as comorbidades influenciaram negativamente na QVRS dos pacientes do estudo.

Os escores médios da dimensão função física apresentaram um decréscimo acentuado, conforme aumentou o número de co-morbidades, o que indica relação entre a presença de outras doenças, além da IRCT, e o desempenho do trabalho e outras atividades diárias para adultos e idosos. As co-morbidades têm sido estudadas como um fator comprometedor da QVRS (ALVAREZ-UDE; VICENTE; BADIA, 1995; KHAN, 1998; REBOLLO et al., 2000b; VALDERRÁBANO; JOFRE; LÓPEZ-GOMEZ, 2001; LOOS et al., 2003; DOORN et al., 2004).

Tanto as doenças que causam a IRCT quanto as que progridem concomitantemente, enquanto complicações, podem provocar incapacidades físicas, emocionais e sociais para os pacientes acometidos. As médias de 2,1 e 3,9 comorbidades para adultos e idosos respectivamente têm relevante significância

clínica, visto que além da IRCT, os adultos possuem aproximadamente duas outras doenças e os idosos quatro, demandando maiores cuidados à saúde.

A diabetes *mellitus*, enquanto doença crônica não transmissível, é atualmente causa de preocupação para os especialistas em nefrologia, devido ao alto índice de incidência e prevalência na população geral e como uma das principais causas da IRC, conforme verificado com os resultados do presente estudo, aparecendo como a terceira causa etiológica da IRCT dos pacientes. A diabetes *mellitus* também tem sido investigada como fator prejudicial para a QVRS dos pacientes com IRCT em tratamento dialítico, principalmente por comprometer os aspectos físicos dos pacientes (SESSO; RODRIGUES NETO; FERRAZ, 2003; CASTRO et al., 2003).

A diabetes *mellitus* está associada às complicações: neuropatia, retinopatia e vasculopatia que também podem comprometer a QVRS. Na Tabela 10, pôde-se observar que os escores médios foram menores para os pacientes adultos e idosos diabéticos, na dimensão função física.

Valderrábano (2000) comparou dois grupos de pacientes em diálise, diabéticos e não diabéticos e constatou que a presença da diabetes *mellitus* é um fator que contribui para a redução da QVRS.

No presente estudo, ter tido acompanhamento médico antes do início da diálise foi uma variável que aumentou os escores médios para várias dimensões dentre elas a função física (Tabela 10). Esses resultados, como já discutido anteriormente, podem sugerir que os pacientes que receberam tratamento médico, no período prévio à diálise, apresentavam quadro clínico mais favorável no momento da participação do estudo quando comparados aos pacientes que não receberam esse tratamento.

Sesso e Yoshihiro (1997) avaliaram e compararam a QVRS de pacientes em hemodiálise que tiveram diagnóstico da IRCT em tempo menor ou igual a um mês e maior ou igual a seis meses, antes do início da diálise, e concluíram que o diagnóstico tardio da IRCT e conseqüente ausência de cuidados no período anterior ao início da diálise, tiveram efeito adverso sobre a QVRS dos pacientes. Assim, fazer o diagnóstico da IRC o mais precocemente possível e realizar o tratamento regularmente, preservando a função renal residual no período anterior ao início da diálise, podem contribuir para uma melhor QVRS dos pacientes, durante o tratamento dialítico.

A dimensão do KDQOL-SF™ que obteve o terceiro menor escore médio neste estudo foi sobrecarga da doença renal (44,6). Essa dimensão é composta por quatro itens que verificam até que ponto são verdadeiras as afirmações para os pacientes: 12a- a doença renal interfere demais com a vida; 12b- muito do tempo é gasto com a doença renal; 12c- sente-se decepcionado com a doença renal; 12d- sente-se um peso para a família.

Foi possível observar, por meio das entrevistas, que há uma diversidade de opiniões para essas questões, pois houve pacientes que manifestaram como verdadeiras todas as afirmações, assim como pacientes que se encontravam nas mesmas condições e manifestaram como falsas todas as afirmações, demonstrando as diferentes formas de enfrentamento da doença.

As variáveis que se relacionaram com essa dimensão foram: idade, trabalho, acompanhamento médico antes do início da diálise e co-morbididades.

Na Tabela 9, é possível observar a variação dos escores médios na dimensão sobrecarga da doença renal, segundo os itens que a compõem para os adultos e idosos. Para todos os itens, os idosos tiveram menores escores médios,

indicando que a idade influencia negativamente na QVRS para a dimensão em questão.

A idade, enquanto variável que pode interferir na QVRS, tem sido investigada por vários autores, mencionados anteriormente (ORTEGA; REBOLLO, 2002; REBOLLO et al., 2000a, HARRIS et al., 2002; KUTNER; JASSAL, 2002; VAZQUEZ et al., 2003; SOUZA, 2004).

Da análise dos resultados apresentados e discutidos, pode-se observar que os pacientes com IRCT em tratamento por hemodiálise apresentaram a QVRS de forma diversificada, ou seja, para algumas dimensões do KDQOL-SFTM, principalmente as relacionadas à saúde física e ao trabalho, tiveram seus escores menores, indicando maior comprometimento da QVRS para esses aspectos, enquanto outras dimensões, como suporte social e estímulo por parte da equipe de diálise, tiveram seus escores elevados indicando melhor QVRS para essas dimensões.

6 - CONCLUSÕES

O KDQOL-SFTM mostrou-se um instrumento capaz de avaliar a QVRS de pacientes adultos e idosos em hemodiálise, detectando diferenças entre as dimensões para os dois grupos etários.

A IRCT, enquanto doença crônica não transmissível, bem como o seu tratamento contínuo por longo período, afetam vários aspectos da vida dos pacientes, o que torna importante a avaliação da QVRS.

Variáveis como a idade avançada, diferenças entre os sexos, escolaridade, presença de co-morbidades, dentre outras, constituem fatores importantes na determinação da QVRS dessa população. A integração entre esses fatores presentes em diferentes intensidades nos pacientes pode explicar as diferenças dos resultados.

A QVRS, avaliada pelo KDQOL-SFTM, dos pacientes com IRCT em tratamento por hemodiálise da cidade de Ribeirão Preto-SP, teve como resultados os mais altos escores nas dimensões: suporte social, estímulo por parte da equipe de diálise e função cognitiva e os mais baixos escores médios nas dimensões: situação de trabalho, função física e sobrecarga de doença renal.

As principais variáveis que se relacionaram com a QVRS deste estudo foram: idade, sexo, escolaridade, vínculo com trabalho, co-morbidades, complicações relacionadas com a IRCT e tratamento, acompanhamento médico antes do início da diálise e receber ajuda para atividades do cotidiano.

Os idosos, quando comparados aos adultos, obtiveram escores médios mais baixos nas dimensões: lista de sintomas/problemas, sobrecarga da doença renal, situação de trabalho, sono, satisfação do paciente, funcionamento físico, função física, dor, função social e energia/fadiga; e mais elevados nas dimensões: efeitos da doença renal, função cognitiva, qualidade de interação social, função sexual,

suporte social, estímulo por parte da equipe de diálise, satisfação do paciente, saúde geral, bem-estar emocional e função emocional, indicando que o atendimento dos pacientes deve ser direcionado aos diferentes grupos etários conforme as necessidades iminentes de atenção.

Os escores mais elevados para os idosos nas dimensões citadas acima podem indicar que o aumento da idade faz com que os pacientes se ajustem melhor à sua doença, principalmente no aspecto emocional.

A IRCT e seu tratamento na maioria das vezes causa incapacidades física e emocional, ambas interferem na vida dos pacientes, limitando ou impedindo a realização de suas atividades diárias. Os resultados deste estudo confirmam esta afirmação, ao se obter os menores escores médios para as dimensões: situação de trabalho, função física e sobrecarga de doença renal.

A avaliação da QVRS por meio do KDQOL-SFTM auxilia os profissionais de saúde em nefrologia a diagnosticar as condições de saúde individuais e/ou coletivas e assim subsidiar o planejamento do cuidado. A utilização periódica da QVRS, adicionada à evolução clínica dos pacientes, pode contribuir para a avaliação global do tratamento dos pacientes com IRCT.

Os enfermeiros deveriam adotar, na sua prática, a aplicação de instrumentos de avaliação da QVRS para subsidiar melhor comunicação entre os profissionais que assistem os pacientes com IRCT, priorizar os problemas de maior impacto na QVRS, do ponto de vista dos próprios pacientes, assim como realizar o planejamento e implementação das ações específicas de enfermagem.

Não foi possível comparar a QVRS dos pacientes com IRCT e a população geral, o que teria sido importante para verificar o real comprometimento da QVRS desses pacientes. Outras pesquisas, para realização dessa comparação, seriam

muito relevantes, já que o instrumento KDQOL-SF™ possibilita a realização desse tipo de estudo.

7 - REFERÊNCIAS

ABREU, I. S. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava – PR.** 2005. 97f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ACHAT, H.; KAWACHI, I.; LEVINE, S.; BERKEY, C.; COAKLEY, E.; COLDITZ, G. Social networks, stress and health-related quality of life. **Quality of Life Research**, v. 7, p. 735-50, 1998.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia.** 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

ALVAREZ-UDE, F.; VICENTE, E.; BADIA, X. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria de Segovia. **Nefrologia**, v. 15, n. 6, p. 572-80, 1995.

ANDERSON, K. L.; BURCKHARDT, C. S. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. **J. Adv. Nurs.**, v. 29, n. 2, p. 298-306, 1999.

ARECHABALA MANTULIZ, M. C.; PALMA CASTRO, E. E.; CATONI SALAMANCA, M. I. Apoyo social percibido por um grupo de pacientes sometidos a hemodiálisis crônica. **Actual. Enfermería**, v. 5, n. 2, p. 7-11, jun. 2002.

BADIA, J.; GOKAL, R.; STOUT, J. P.; HILLIER, V. F.; KINCEY, J.; SIMON, L. G.; OLIVER, D.O. The Oxford - Manchester study of dialysis patients. **J. Urol. Nephrol.**, n.131, p.31-7, 1996.

BELASCO, A. G.; SESSO, R. Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients. **Am. J. Kidney Dis.**, v. 39, n. 4, p. 805-12, 2002.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O Mini-exame do estado mental em uma população geral. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BLAY, S. L.; MERLIN, M. S. Desenho e Metodologia de Pesquisa em Qualidade de Vida. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. (Coord.) **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar – UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: Qualidade de Vida** Barueri: Manole, 2006. Cap. 3, p. 19-30.

BÖHLKE, M.; COLLA, T. G.; SILVEIRA, C. A.; BARCELLO, F. C. Análise de sobrevida do diabético em centro brasileiro de diálise. **J Bras Nefrol.**, v. 24, n. 1, p. 7-11, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores de saúde: anuário estatístico de saúde Brasil 2001. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicações/anuario2001/morb/imorbt28.1a.cfm> Acesso em 13/07/2005.

BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do Mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 61, n. 3-B, p. 777-81, 2003.

CAGNEY, K. A.; WU, A. W.; FINK, N. E.; JENCKES, M. W.; MEYER, K. B.; BASS, E. B.; POWE, N. R. Formal literature review of quality-of-life instruments used in end-stage renal disease. **Am J Kidney Dis.**, v. 36, n. 2, p. 327-36, 2000.

CANZIANI, M. E. F.; DRAIBE, S. A.; NADALETTO, M. A. J. Técnicas dialíticas na Insuficiência Renal crônica. In AJZEN, H.; SCHOR, N. (Coord.) **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar - UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: Nefrologia** Barueri: Manole, 2002. Cap.15, p.195-209.

CARMICHAEL, P.; POPOOLA, J.; JOHN, I.; STEVENS, P. E.; CARMICHAEL, A. R. Assessment of quality of life in a single centre dialysis population using the KDQOL-ST™ questionnaire. **Qual. Life Res.**, v. 9, p. 195-205, 2000.

CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v. 11, n. 6, p. 823-31, 2003.

CASTRO, M.; CAIUBY, A. V. S.; DRAIBE, S. A.; CANZIANI, M. E. F. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliação através do instrumento genérico S36. **Rev. Med. Bras.**, v. 49, n. 3, p. 245-9, 2003.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Measuring healthy days** – population assessment of health-related quality of life. Atlanta, Georgia: CDC, 2000.

CICONELLI, R.M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item**

Short-Form Health Survey (SF-36)". 1997. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1997.

CUNQUEIRO, J. M. G.; CORTÉS, M. J. G.; FORONDA, J.; BORREGO, J. F.; PERALES, M. C. S.; BARRIO, P. P.; BORREGO, J.; VIEDMA, G.; LIÉBANA, A.; ORTEGA, S.; BAÑASCO, P. Calidad de vida relacionada com la salud em pacientes ancianos em hemodiálisis. **Nefrologia.**, v. 23, n. 6, p. 528-37, 2003.

DAVISON, S. N. Quality end-of-life Care in Dialysis Units. **Semin. Dialysis.**, v. 15, n. 1, p. 41-4, January-february 2001.

DINIZ, D. P.; SCHOR, N. Psiconefrologia: humanização e qualidade de vida. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. (Coord.) **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar – UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: Qualidade de Vida Barueri: Manole, 2006. Cap. 5, p. 35-54.**

DOORN, K. J. V.; HEYLEN, M.; METS, T.; VERBEELEN, D. Evaluation of functional and mental state and quality of life in chronic haemodialysis patients. **Int. Urol. Nephrol.**, v. 36, p. 263-7, 2004

DRAIBE, S. A. Insuficiência renal crônica. In AJZEN, H.; SCHOR, N. (Coord.) **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar - UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: Nefrologia. Barueri: Manole, 2002. Cap.14, p. 179-93.**

DUARTE, P. S. **Tradução, adaptação cultural e validação do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos em programa dialítico – Kidney disease and quality of life – Short form (KDQOL-SF™).** 2003, 168p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina.

DUARTE, P. S.; MIYAZAKI, M. C. O. S.; CICONELLI, R. M.; SESSO, R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF™). **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 49, n. 4, p. 375-81, 2003.

DUARTE, P. S.; CICONELLI, R. M.; SESSO, R. Cultural adaptation and validation of the Kidney Disease and Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF™) in Brazil. **Braz. J. Med. Biol. Res.**, v. 38, n. 2, p. 261-70, 2005.

FAYERS P.M., MACHIN, D. **Quality of life. Assessment, analysis, and interpretation.** Chichester: John Wiley , 2000.

FERRANS, C.E. ; POWERS, M.J. Quality of life of hemodialysis patients. **ANNA.**, v. 20, n. 5, p. 575-82, 1993.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FLECK M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 21, n. 1; p. 19-28, 1999.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **J. Psychiatr. Res.**, v. 12, p. 189-98, 1975.

GARRATT, A.; SCHMIDT, S.; MACKINTOSH, A.; FITZPATRICK, R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. **BMJ**. V.324, n.1417, bmj.com, 2002.

GILL, T. M.; FEINSTEIN, A. R. A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. **JAMA.**, v. 272, n. 8, p. 619-26, 1994.

HARRIS, S. A. C.; LAMPING, D. L.; BROWN, E. A.; CONSTANTINOVICI, N. Clinical outcomes and quality of life in elderly patients on peritoneal dialysis versus hemodialysis. **Peritoneal Dial. Int.**, v. 22, p. 463-70, 2002.

HAYS, R. S.; SHERBOUME, C. D.; MAZEL, R. M. The RAND 36-Item Health Survey 1.0. **Health Economics**, n.2, p. 217-27. 1993.

HAYS, R. D.; KALLICH, J. D.; MAPES, D. L.; COONS, S. J.; CARTER, W. B. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) instrument. **Qual. Life Res.**, n. 3, p. 329-38, 1994.

HAYS, R. D.; KALLICH, J. D.; MAPES, D. L.; COONS, S. J.; AMIN, N.; CARTER, W. B. **Kidney disease quality of life short form (KDQOL-SF™) , version 1.3**: manual for use and scoring. Santa Monica, CA: RAND, P-7994, 1997. Disponível em: <http://gim.med.ucla.edu/kdqol/>. Acesso em: 11/06/2005.

HAYS, R. D.; MORALES, L. S. The RAND-36 measure of health-related quality of life. **Ann Med.**, v. 33, p. 350-7, 2001.

IKEDA, S.; CANZIANI, M. E. F. Acesso Vascular para Hemodiálise. In AJZEN, H.; SCHOR, N. (Coord.) **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar - UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: Nefrologia Barueri: Manole, 2002. Cap.17** p. 231-40.

KALANTAR-ZADEH, K.; KOPPLE, J. D.; BLOCK, G.; HUMPHREYS, M. H. Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. **Am. Soc. Nephrol.**, v. 12, n. 12, p. 2797-806, 2001.

KHAN, I. H. Comorbidity: the major challenger for survival and quality of life in end-stage renal disease. **Nephrol. Dial. Transplant.**, v. 13, p. 76-9, 1998. Suppl. 1.

KIMMEL, P. L.; PETERSON, R. A. Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs. **Semin. Dialysis.**, v. 18, n. 2, p. 91-7, March-April 2005.

KONTODIMOPOULOS, N.; NIAKAS, D. Determining the basic psychometric properties of the Greek KDQOL-SFTM. **Qual. Life Res.**, v. 14, p. 1967-75, 2005.

KUSUMOTA, L. **História oral da insuficiência renal crônica terminal e o tratamento dialítico de idosos.** 2001. 120f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

KUTNER, N. G. JASSAL, S. V. Quality of life and rehabilitation o elderly dialysis patients. **Semin. Dialysis.**, v. 15, n. 2, p. 107-12, (march-april) 2002.

LAUPACIS, A.; MUIRHEAD, N.; KEOWN, P.; WONG, C. A disease Specific Questionnarie for Assessing Quality of Life in Patients on Hemodialysis. **Nephron.**, v. 60, p .302-6, 1992.

LESSA, I. Outras doenças crônicas não transmissíveis de importância social. In : LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade : epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis.** São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC ABRASCO, 1998. Cap. 11, p.181-201. 1998a.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis. In : LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade : epidemiologia das doenças crônicas não**

transmissíveis. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC ABRASCO, 1998b. Cap. 1, p. 15-27.

LEVIN, A. Anemia in the patient with renal insufficiency: documenting the impact and reviewing the treatment strategies. **Nephrol. Dial. Transplant.**, v. 14, p. 292-6, 1999.

LEVY, N. B. Psicologia e reabilitação. In: DAUGIRDAS, J. T.; ING, T. S. **Manual de diálise**. 2.ed. São Paulo: MEDSI, 1996. Cap. 21, p. 341-4.

LOPES, A. A.; BRAGG-GRESHAM, J. L.; SATAYATHUM, S.; MACCULLOUGH, K.; PIFER, T.; GOODKIN, D. A.; MAPES, D. L.; YOUNG, E. W.; WOLFE, R. A.; HELD, P. J.; PORT, F. K. Health-Related Quality of Life and associated outcomes among hemodialysis patients of different ethnicities in the United States: The dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS). **Am. J. Kidney Dis.**, v. 41, n. 3, p. 605-15, 2003.

LOOS, C.; BRIANÇON, S.; FRIMAT, L.; HANESSE, B.; KESSLER, M. Effect of end-stage renal disease on the quality of life of older patients. **JAGS.**, v. 51, n. 2, p. 229-33, February 2003.

LOTUFO, P.A. Epidemiologia das doenças isquêmicas do coração no Brasil. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade** : epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC ABRASCO, 1998. Cap. 7, p. 115-22, 1998.

MARQUES, S. **Cuidadores familiares de idosos**: relatos de histórias. 1999, 186f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

MITTAL, S. K.; AHERN, L.; FLASTER, E.; MAESAKA, J. K.; FISHBANE, S. Self-assessed physical and mental function of hemodialysis patients. **Nephrol. Dial. Transplant.**, v. 16, n. 7, p. 1387-94, 2001.

MOLZAHN, A. E. **Quality of life**: definitions, measurement, and application to practice. Focus on Research, 1998.

National Kidney Foundation. **K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease**: Executive Summary New York, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Fatos sobre doenças crônicas não-transmissíveis**. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/ncd/facts.shtm>. Acesso em: março 2003.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Planificacion y Organización de los servicios geriátricos**. Informe de um Comité Expertos. Ginebra, 1974. (Séries de Informes, 548).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Conjunto de ações para a redução multifatorial das enfermidades não-transmissíveis (CARMEN)**: prevenção de doenças não-transmissíveis nas Américas. OPS, novembro 2003. Informe.

ORTEGA, F.; REBOLLO, P. Health related quality of life (HRQOL) in the elderly on renal replacement therapy. **J. Nephrol.**, v. 15, n. 3, p. 220-4, 2002.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V. ; PY, L. ; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X. ; ROCHA, S. M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 79-84.

PASQUALI, L. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção In: PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: Lab PAM/IBAPP, 1999.

PERNEGER, T.V.; LESKI, M.; CHOPARD-STOERMANN, C.; MARTIN, P.Y. Assessment of health status in chronic hemodialysis patients. **J. Nephrol.**, v.16, p. 252-9, 2003.

POLIT, D. F. **Data analysis & statistics for nursing research**. New York: Appleton & Lange, 1996.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Delineamento de Pesquisa. In: POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Cap. 6, p. 107-40.

REBOLLO, P.; GONZÁLES, M. P.; BOBES, J.; SAIZ, P.; ORTEGA, F. Interpretación de los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes em terapia substitutiva de la insuficiencia renal terminal. **Nefrologia**, v. 20, n. 5, p. 431-39, 2000a.

REBOLLO, P.; BOBES, J.; GONZÁLES, M. P. SAIZ, P.; ORTEGA, F. Factores asociados a la calidad de vida relacionada com la salud (CVRS) de los pacientes em terapia renal substitutiva(TRS). **Nefrologia**. v. 20, n. 2, p. 171-81, 2000b.

RIELLA, M.C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RODRIGUES NETO, J. F. **Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica terminal em início de tratamento dialítico**. 1998: 100f. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998

RODRIGUES NETO, J. F.; FERRAZ, M. B.; CENDOROGLIO, M.; DRAIBE, S.; YU, L.; SESSO, R. Quality of life at the initiation of maintenance dialysis treatment – a comparison between the SF36 and the KDQ questionnaires. **Qual. Life Res.**, v. 9, p. 101-7, 2000.

ROMÃO, M. A. F. **Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em programa de hemodiálise**. 2001. 109f. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

ROMÃO JUNIOR, J. E.; PINTO, S. W. L.; CANZIANI, M. E.; PRAXEDES, J. N.; SANTELLO, J. L.; MOREIRA, J. C. M. Censo SBN 2002: informações epidemiológicas das unidades de diaálise do Brasil. **J. Bras. Nefrol.**, v. 25, n. 4, p. 188-99, 2003.

RUBIN, H. R.; FINK, N. E.; PLATINGA, L. C.; SADLER, M. D.; KLIGER, A. S.; POWE, N. R. Avaliações dos pacientes em terapia dialítica com diálise peritoneal versus hemodiálise. **JAMA.**, v. 291, n. 6, p. 697-703, 2004.

SAUPE, R.; BROCA, G. S. Indicadores de qualidade de vida como tendência atual de cuidado a pessoa em hemodiálise. **Texto Contexto Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 100-6, 2004.

SESSO, R.; YOSHIHIRO, M. M. Time of diagnosis of chronic renal failure and assessment of quality of life in haemodialysis patients. **Nephrol. Dial. Transplant.**, v. 12, p. 2111-6, 1997.

SESSO, R. Inquérito epidemiológico em unidades de diálise do Brasil. **J. Bras. Nefrol.**, v. 22, p. 23-6, 2000. Supl. 2.

SESSO, R. Epidemiologia da insuficiência renal crônica no Brasil. In : AJZEN, H.; SCHOR, N. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar – UNIFESP/Escola Paulista de Medicina** : Nefrologia. Barueri: Manole, 2002. Cap. 1, p. 1-7.

SESSO, R.; RODRIGUES-NETO, J. F.; FERRAZ, M. B. Impacto f socioeconomic status on the quality of life of ESRD patients. **Am. J. Kidney Dis.**, v. 41, n. 1, p. 186-95, 2003.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado medico-cirúrgico**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Brasil. 2005. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/> . Acesso em: 19 de Julho de 2005.

SOUZA, F.F. **Avaliação da Qualidade de vida do idoso em Hemodiálise: comparação e dois instrumentos genéricos**. 2004. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdades de Ciências Médicas, Campinas, 2004.

TAWNEY, K. W.; TAWNEY, P. J. W.; HLADIK, G.; HOGAN, S. L.; FALK, R. J.; WEAVER, C.; MOORE, D. T.; LEE, M. Y. The life readiness program: a physical rehabilitation program for patients on hemodialysis. **Am. J. Kidney Dis.**, v. 36, n. 3, p. 581-91, 2000.

UNRUH, M. **Assessment of health-related quality of life in the hemo study**. CIN 2003. Disponível em: <http://www.uninet.edu/cin2003/conf/unruh/unruh/unruh.html>. Acesso em: 20/06/2005.

VALDERRÁBANO, F. Quality of life benefits of early anaemia treatment. **Nephrol. Dial. Transplant.** v. 15, p. 23-8, 2000. Suppl 3.

VALDERRÁBANO, F.; JOFRE, R.; LÓPEZ-GOMEZ, M. Quality of life in end-stage renal disease patients. **Am. J. Kidney Dis.**, v. 38, n. 3, p. 443-64, September 2001.

VAZQUEZ, I.; VALDERRÁBANO, F.; JOFRÉ, R.; FORT, J.; LÓPEZ-GÓMEZ, J. M.; MORENO, F.; SANZ-GUAJARDO, D. Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. **J. Nephrol.**, v. 16, p. 886-94, 2003.

VAZQUEZ, I.; VALDERRÁBANO, F.; FORT, J.; F.; JOFRÉ, R.; LÓPEZ-GÓMEZ, J. M.; MORENO, F.; SANZ-GUAJARDO, D. Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. **Nefrología**, v. 24, n. 2, p. 167-78, 2004.

VAZQUEZ, I.; VALDERRÁBANO, F.; FORT, J.; F.; JOFRÉ, R.; LÓPEZ-GÓMEZ, J. M.; MORENO, F.; SANZ-GUAJARDO, D. Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. **Qual. Life Res.**, v. 14, p. 179-90, 2005.

VERAS, R. P.; LOURENÇO, R.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZ, M. A. S.; CHAVES, P. H. **Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde** : consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. 2002. Disponível em: www.abramge.com.br/download/premio.pdf . Acesso em: setembro 2002.

WALTERS, B. A. J.; HAYS, R. D.; SPRITZER, K. L.; FRIDMAN, M.; CARTER, W. B. health-related quality of life, depressive symptoms, anemia, and malnutrition at hemodialysis initiation. **Am. J. Kidney Dis.**, v. 40, n. 6, p. 1185-94, december 2002.

WARE, J. E.; SHERBOUNE, C. D. The MOS 36 - item Short-form health survey (SF-36): I conceptual framework and item selection. **Medical Care.**, n. 30, p. 473-83, 1992.

WHOQOL GROUP, The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization, Special issue on health-related quality of life: what is it and how should we measure it? **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n. 10, p. 1403-9, 1995.

WU, A. W.; FINK, N. E.; CAGNEY, K. A.; BASS, E. B. ; RUBIN, H. R.; MEUER, K. B.; SADLER, J. H.; POWE, N. R. Developing a health-related quality of life measure for end-stage renal disease: the CHOICE health experience questionnaire. **Am. J. Kidney Dis.**, v. 37, n. 1, p. 11-21, January 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de Avaliação

Identificação

Nome: _____

Início da entrevista: _____ Término: _____

Data: ____/____/____ Local: _____

Data de nascimento: ____/____/____

1)

Sexo

1- Masculino 2- Feminino

☐

2)

Idade: (anos completos)

☐

3)

Cor da pele (observar a cor que pre- domina na aparência)

1- Branca 2- Parda 3- Amarela 4- Negra

☐

4)

Local de nascimento

1- Urb 2- Rural

Cidade: _____ Estado: _____

País: _____

☐

5)

Há quanto tempo está morando na cidade ou região de ribeirão preto? (em anos completos)

☐

6)

E neste endereço? (em anos completos)

☐

7)

Mora sempre neste endereço ou existe mais de um local para residir?

.....

1- Só neste local 2- Mais de 1 local

☐

8)

Qual o seu estado conjugal?

1- Nunca se casou ou morou c/ companh.

2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a)

3 -Sep.(a), desquitado(a) ou divorc(a)

4 -Viúvo(a)

☐

9)

Há quanto tempo está no estado atual?

☐

10)

Quantas vezes o (a) sr (a) se casou, legalmente ou não?

☐

11)
Quantos filhos próprios teve?.....

12)
Teve algum adotado?.....

13)
Teve algum falecido?.....

Perfil Social

14)
Escolaridade:
1- Analfabeto 2- Sabe ler/escrever
anos de estudo.....

15)
Qual (is) dessa(s) renda(s) o(a) sr(a) tem ? 0-não tem 1- tem
a) Aposentadoria
b) Pensão.....
c) Aluguel.....
d) Trabalho próprio.....
e Doações (família, amigos, instituições)
f) Outras

16) Principal atividade profissional exercida **atualmente** (se tiver mais do que uma resposta, informar a que gasta mais tempo, em horas):

17) Principal atividade profissional exercida **anteriormente**:

18)
Há quanto tempo recebe o benefício (mais antigo) de aposent. , pensão
ou renda mensal vitalícia?
(em anos completos)

19)
Idade que se aposentou?.....
(em anos completos)

20)
idade que se afastou do trab. (em anos completos)

21)
No seu entender de acordo c/ sua situação econômica atual, de que ,
forma o(a) sr(a) satisfaz suas necessidades básicas (alimentação
moradia, saúde, etc)
1- Muito boa 2- Boa 3- Regular 4- Ruim 5- Péssima 6- Não sabe

22)

Em geral, em comparação c/ a situação econômica de outras pessoas

de sua idade, diria que a sua situação econômica é:

1- Melhor 2- Igual 3- Pior 4- Não sabe

23)

A casa onde mora é:

1- Própria - quitada 2- Própria - paga prestação

3- Paga aluguel 4- Cedida - sem aluguel 5- Asilo

6- Casa de repouso 7- Outro tipo

24)

Com quem o sr. (a) mora:.....

1- sozinho 2- esposo 3- família 4- acompanhante particular 5- casa de outra pessoa 6- asilado

APÊNDICE A - Instrumento de Avaliação

Dados relacionados à IRCT e hemodiálise

25) Desde quando você tem o diagnóstico de Insuficiência Renal? _____ anos e _____ meses

26) Você teve acompanhamento médico, relacionado à Insuficiência Renal, antes de iniciar a diálise?

(0) não (1) sim, com qual especialidade? _____ () SUS () particular/convenio

27) Você já realizou tratamento da Insuficiência Renal por CAPD ou DPA?

(0) não (1) sim, por qual motivo deixou de fazê-lo? _____

28) Há quanto tempo realiza hemodiálise? _____ anos e _____ meses

29) Você escolheu o tratamento por hemodiálise?

(0) não, quem indicou? _____ (1) sim

30) Ganho de peso interdialítico: _____ g

31) Você tem ou teve alguma(s) dessas complicações associadas à Insuficiência Renal :

(a) câimbras	(h) infertilidade	(o) outra _____
(b) hipotensão arterial (durante diálise)	(i) anemia	
(c) hipertensão arterial (durante diálise)	(j) coceira	
(d) dor de cabeça	(k) perda de peso	
(e) fraqueza	(l) ganho de peso	
(f) dor	(m) const. intestinal	
(g) infecções repetitivas	(n) arritmia cardíaca	

32) Qual foi a causa da Insuficiência Renal? (SIC e Diagnóstico Médico):

(a) glomerulonefrite crônica	(g) doença cardiovascular
(b) nefrite túbulo-intersticial	(h) IRA
(c) rins policísticos	(i) hipertensão arterial
(d) diabetes mellitus tipo 1	(j) nefrite lúpica
(e) diabetes mellitus tipo 2	(k) indeterminado (não especificado)
(f) pielonefrite crônica	(l) outro

33) Você possui outras doenças?

(a) insuficiência cardíaca	(k) neoplasia benigna
(b) infarto do miocárdio	(l) catarata
(c) doença cerebrovascular	(m) osteopatias
(d) pericardite	(n) hepatopatia () HbsAg+; () anti HCV+
(e) varizes	(o) hipertensão arterial

(f) neoplasia maligna
(g) doença autoimune
(h) déficit visual

(p) diabetes mellitus
(q) déficit auditivo
(r) outras _____

34) Tem diurese residual?

(0) não (1) sim, quanto? _____ ml/24h

35) Faz uso de medicamentos?

(0) não
(1) sim, quais?

36) Você recebe ajuda para realizar atividades do dia-a-dia?(banho, vestimenta, alimentação...)

(0) não (1) sim, de quem _____

37) Alguém acompanha seu tratamento?

(0) não (1) sim, quem? _____

38) Tipo de acesso:

(a) FAV (b) cateter duplo lúmen (c) catéter permicath

Tempo de duração da via de acesso:

() _____ anos () _____ meses () _____ dias

39) Ao iniciar o tratamento colocou cateter?

(0) não (1) sim

40) Número de FAV confeccionadas _____

41) Tem ou teve acompanhamento psicológico após início da insuficiência renal?

(0) não (1) sim

42) Teve acompanhamento nutricional antes de iniciar hemodiálise (tratamento conservador)?

(0) não (1) sim

43) Usa eritropoetina atualmente?

(0) não (1) sim, há quanto tempo _____anos e _____meses

44) Usou eritropoetina e/ou ferro antes de iniciar hemodiálise?

(0) não (1) sim -

Qual? _____

45) P.A: _____mmHg

46) Peso seco: _____g

47) Já fez transplante?

(0) não (1) sim Doador: () vivo () cadáver

48) É candidato a transplante renal?

(0) não (1) sim

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

NOME DA PESQUISA: Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Profa. Luciana Kusumota e Profa. Dra. Rosalina A. Partezani Rodrigues

INSTITUIÇÃO PROMOTORA DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos realizando uma pesquisa com pacientes que possuem a mesma doença que o Senhor(a), a insuficiência renal crônica e que também realizam hemodiálise, pois queremos saber mais sobre as suas vidas. Sabemos que muitas situações da vida podem mudar com essa doença e o tratamento, como por exemplo o estado de saúde, o trabalho e as relações com a família e amigos. Essas mudanças podem influenciar nas suas qualidades de vida.

Os objetivos dessa pesquisa são avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes adultos com insuficiência renal crônica que realizam hemodiálise, e caracterizar esses pacientes quanto ao sexo, cor, idade, estado civil, renda, escolaridade, memória, história de saúde/doença e da hemodiálise. A realização dessa pesquisa poderá contribuir com os profissionais de saúde na atendimento aos pacientes como o Senhor(a).

Dessa forma, necessitamos realizar uma entrevista e gostaríamos de pedir sua colaboração para responder às questões contidas nos questionários. A entrevista será realizada pelos pesquisadores e levará cerca de 30 minutos do seu tempo. Precisaremos também consultar seus últimos resultados de exames laboratoriais realizados nessa instituição, que se encontram na evolução clínica de seus registros.

Asseguramos que o(a) senhor(a) não será identificado após responder às perguntas, a sua identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e divulgação dos resultados da pesquisa.

Esta pesquisa não oferece riscos ou desconforto para você, nem mesmo prejuízo no seu seguimento nesta instituição de saúde.

Solicito, sua autorização, enquanto participante desta pesquisa, para divulgação do conteúdo de sua entrevista, o que muito contribuirá para a realização deste trabalho.

As informações fornecidas serão utilizadas para fins de pesquisa científica. Sua participação nesta pesquisa não lhe trará despesas, gastos ou danos e nem mesmo nenhuma gratificação.

O (a) senhor (a) terá total liberdade para se recusar a participar da pesquisa, deixar de responder questões, podendo inclusive, retirar-se da mesma em qualquer etapa e isso não lhe causará nenhum prejuízo.

Poderá, também pedir novos esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento se achar necessário através do endereço abaixo.

Muito obrigada pela atenção,

Luciana Kusumota – COREn 78373
Professora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP
Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900
Telefone: (16) 602 3417
email kusumota@eerp.usp.br

Eu _____ declaro estar
ciente das informações recebidas e concordo em participar desta pesquisa.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____

Assinatura do Paciente

ANEXOS

AVALIAÇÃO COGNITIVA

1) COMO O (A) SR (A) AVALIA SUA MEMÓRIA ATUALMENTE?

1- Muito boa 2- Boa 3- Regular 4- Ruim
5- Péssima 6- Não sabe 9- Ignorado

2) COMPARANDO COM UM ANO ATRÁS, O (A) SR (A) DIRIA QUE AGORA SUA MEMÓRIA É MELHOR, IGUAL OU PIOR?

1- Melhor 2- Igual 3- Pior 4- não sabe 9- Ign

ORIENTAÇÃO TEMPORAL

3) POR FAVOR, DIGA-ME A DATA DE HOJE

dia da semana

dia do mês

mês

ano

hora aproximada

Anote um 1 ponto p/ cada resposta correta

T

ORIENTAÇÃO ESPACIAL

Anote 1 ponto para cada resposta correta

4) RESPONDA:

Onde estamos? (clínica, hospital, residência)

Em que lugar estamos? (andar, sala, cozinha, enfermaria)

Em que bairro estamos?

Em que cidade estamos?

Em que estado estamos?

T

REGISTRO

5) VOU LHE DIZER O NOME DE TRÊS OBJETOS QUANDO TERMINAR PEDIREI QUE REPITA-OS, EM QUALQUER ORDEM GUARDE-OS QUE MAIS TARDE VOLTAREI A PERGUNTAR

A

Obs Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez e anote Se o total for diferente de três: - repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda, máximo de cinco repetições; - anote o número de repetições que fez; - nunca corrija a

T

primeira parte; anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram

Árvore / Mesa / Cachorro / Total / Núm de repet..

ATENÇÃO E CÁLCULO

6) VOU DIZER ALGUNS NÚMEROS E GOSTARIA QUE REALIZASE OS SEGUINTE CÁLCULOS

100-7;93-7;86-7;79-7;72-7 (93,86,79,72,65)

ou

GOSTARIA QUE VOCÊ REPETISSE DE TRÁS PARA FRENTE A PALAVRA MUNDO

Obs Um ponto para cada cálculo ou letra correta.

MEMÓRIA DE EVOCÇÃO

7) HÁ ALGUNS MINUTOS, LÍ UMA SÉRIE DE 3 PALAVRAS E O (A) Sr (A) REPETIU AS QUE

LEMBROU POR FAVOR, DIGA-ME

AGORA QUAIS AINDA SE LEMBRA

0- errado 1- correto

Obs Anote um ponto para cada resposta cor-reta, em qualquer ordem

Árvore / Mesa / Cachorro /

Total

LINGUAGEM

OBS: Anote 1 ponto para cada resposta correta

8) APONTE A CANETA E O RELÓGIO E

PEÇA PARA NOMEÁ-LOS (permite 10 Seg. para cada objeto,)

T

9) REPITA A FRASE QUE EU VOU LHE

DIZER (pronuncia em voz alta, bem articulada e lentamente)

"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ".

10) DÊ AO PACIENTE UMA FOLHA DE PAPEL, NA QUAL ESTEJA ESCRITO EM LETRAS GRANDES: "FECHE OS OLHOS" DIGA-LHE: "LEIA ESTE PAPEL E FAÇA O QUE ESTÁ ESCRITO" (Permita 10 Segundos)

11) VOU LHE DAR UM PAPEL E QUANDO EU O ENTREGAR, PEGUE C/ A SUA MÃO DIREITA, DOBRE-O NA METADE COM AS DUAS MÃOS E COLOQUE-O NO CHÃO

(mão esquerda se for canhoto)

T

12) PEDIR AO PACIENTE QUE ESCREVA UMA FRASE SOBRE A FOLHA DE PAPEL EM BRANCO.

"O senhor poderia escrever uma frase, da sua escolha." (contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo, predicado, sem levar em conta erros de ortografia ou de sintaxe. Se o paciente não o fizer corretamente, perguntar-lhe: "Isto é uma frase? E permitir-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (max. 30 segundos) .

13) POR FAVOR COPIE ESTE DESENHO

OBS: Entregue ao entrevistado o desenho e peça-o para copiar. A ação está correta se o

desenho tiver dois pentágonos com intersecção de um ângulo.

Anote um ponto se o desenho estiver correto

Obs Some as respostas corretas anotadas nas perguntas 03-13 e anote o total .

A pontuação máxima é de 30

III - PERFIL SOCIAL DO IDOSO

20) ESCOLARIDADE:

1- Analfabeto 2- Sabe ler/escrever ou primário incompleto
3- Primário 4- Ginásio 5- Colégio 6- Sup. 9-Ign

QUAL(IS) DESSAS RENDAS O SR(A)
TEM ? 0-não tem 1- tem 9- iGN

21) Aposentadoria 22) Pensão
23) Aluguel 24) Trabalho próprio
25) Doações (família, amigos, instituições)
26) Outras _____

27) PRINCIPAL ATIVIDADE PROFISSIONAL
EXERCIDA **ATUALMENTE** (se tiver mais do que
uma resposta, informar a que gasta mais tempo, em horas):

28) PRINCIPAL ATIVIDADE PROFISSIONAL
EXERCIDA **ANTERIORMENTE**:

29) HÁ QUANTO TEMPO RECEBE O
BENEFÍCIO (mais antigo) DE APOSENT. ,
PENSÃO OU RENDA MENSAL VITALÍCIA?
(em anos completos) 99 - Ignorado

30) IDADE QUE SE APOSENTOU?
(em anos completos) -88 Não se aplica 99- Ign

31) IDADE QUE SE AFASTOU DO TRAB.
(em anos completos) -88 Não se aplica 99- Ign

32) NO SEU ENTENDER DE ACORDO C/
SUA SITUAÇÃO ECONÔMICA ATUAL, DE
QUE FORMA O(A) SR(A) SATISFAZ SUAS
NECESSIDADES BÁSICAS (ALIMENTA-
ÇÃO, MORADIA, SAÚDE, ETC)

1- Muito boa 2- Boa 3- Regular 4- Ruim 5-
Péssima 6- Não sabe 9- Ignorado

33) EM GERAL, EM COMPARAÇÃO C/ A
SITUAÇÃO ECONÔMICA DE OUTRAS
PESSOAS DE SUA IDADE, DIRIA QUE A
SUA SITUAÇÃO ECONÔMICA É:

1- Melhor 2- Igual 3- Pior 4- Não sabe 9-Ign

34) NO MOMENTO NECESSITA (OU
NECESSITARIA) TRABALHAR POR
RAZÕES ECONÔMICAS?

1- Sim 2- Não 3- Talvez 9- Ignorado

35) NO MOMENTO GOSTA (OU
GOSTARIA) DE TRABALHAR?

1- Sim 2- Não 3- Talvez 9- Ignorado

36) A CASA ONDE MORA É :

1- Própria - quitada 2- Própria - paga prestação
3- É de parente - paga aluguel 4- Estranho - paga aluguel
5- Cedida - sem aluguel 6- Asilo

7- Casa de repouso 8- Outro tipo 9- Ignorado

37) COM QUEM O SR. (A) MORA:

1- sozinho 2- esposo 3- família 4- acompanhante particular
5- casa de outra pessoa 6- instituição asilar
7- outro 9- Ignorado

38) COMPARTILHA SEU ESPAÇO DE
DORMIR COM OUTRA PESSOA NO
MESMO QUARTO?

0- Não 1- Esposo 2- Um familiar
3- Dois ou mais familiares 4- amigo
5- particular/contratado 6- asilado 9- Ign

39) PORQUE NECESSITA DORMIR
COM ACOMPANHANTE?

ANEXO B -

Sua Saúde — e — Bem-Estar

Doença Renal e Qualidade de Vida (KDQOL-SF™ 1.3)

Esta é uma pesquisa de opinião sobre sua saúde. Estas informações ajudarão você a avaliar como você se sente e a sua capacidade de realizar suas atividades normais.

Obrigado por completar estas questões!

Estudo da Qualidade de Vida para Pacientes em Diálise

Qual é o objetivo deste estudo?

Este estudo está sendo realizado por médicos e seus pacientes em diferentes países. O objetivo é avaliar a qualidade de vida em pacientes com doença renal.

O que queremos que você faça?

Para este estudo, nós queremos que você responda questões sobre sua saúde, sobre como se sente e sobre a sua história.

E o sigilo em relação às informações?

Você não precisa identificar-se neste estudo. Suas respostas serão vistas em conjunto com as respostas de outros pacientes. Qualquer informação que permita sua identificação será vista como um dado estritamente confidencial. Além disso, as informações obtidas serão utilizadas apenas para este estudo e não serão liberadas para qualquer outro propósito sem o seu consentimento.

De que forma minha participação neste estudo pode me beneficiar?

As informações que você fornecer vão nos dizer como você se sente em relação ao seu tratamento e permitirão uma maior compreensão sobre os efeitos do tratamento na saúde dos pacientes. Estas informações ajudarão a avaliar o tratamento fornecido.

Eu preciso participar?

Você não é obrigado a responder o questionário e pode recusar-se a fornecer a resposta a qualquer uma das perguntas. Sua decisão em participar (ou não) deste estudo não afetará o tratamento fornecido a você.

Sua saúde

Esta pesquisa inclui uma ampla variedade de questões sobre sua saúde e sua vida. Nós estamos interessados em saber como você se sente sobre cada uma destas questões.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: [Marque um ☐ na caixa que descreve da melhor forma a sua resposta.]

Excelente	Muito Boa	Boa	Regular	Ruim
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

2. Comparada há um ano atrás, como você avaliaria sua saúde em geral agora?

Muito melhor agora do que há um ano atrás	Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	Aproximadamente igual há um ano atrás	Um pouco pior agora do que há um ano atrás	Muito pior agora do que há um ano atrás
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

3. Os itens seguintes são sobre atividades que você pode realizar durante um dia normal. Seu estado de saúde atual o dificulta a realizar estas atividades? Se sim, quanto? [Marque um ☐ em em cada linha.]

	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta nada
a <u>Atividades que requerem muito esforço</u> , como corrida, levantar objetos pesados, participar de esportes que requerem muito esforço.....	▼ ☐ 1	▼ ☐ 2	▼ ☐ 3
b <u>Atividades moderadas</u> , tais como mover uma mesa(puxar/empurrar), varrer o chão, jogar boliche, ou caminhar mais de uma hora.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c Levantar ou carregar compras de supermercado.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d Subir <u>vários</u> lances de escada.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3
e Subir <u>um</u> lance de escada	☐ 1	☐ 2	☐ 3
f Inclinar-se, ajoelhar-se, ou curvar-se(dobrar-se) .	☐ 1	☐ 2	☐ 3
g Caminhar <u>mais do que um quilômetro</u>	☐ 1	☐ 2	☐ 3
h Caminhar <u>vários quarteirões</u>	☐ 1	☐ 2	☐ 3
i Caminhar <u>um quarteirão</u>	☐ 1	☐ 2	☐ 3
j Tomar banho ou vestir-se	☐ 1	☐ 2	☐ 3

4. Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas seguintes com seu trabalho ou outras atividades habituais, devido a sua saúde física?

	Sim ▼	Não ▼
a Você reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades	☐ 1..... ☐ 2	
b <u>Fez menos</u> coisas do que gostaria	☐ 1..... ☐ 2	
c Sentiu dificuldade no tipo de trabalho que realiza ou outras atividades	☐ 1..... ☐ 2	
d Teve <u>dificuldade</u> para trabalhar ou para realizar outras atividades (p.ex, precisou fazer mais esforço).....	☐ 1..... ☐ 2	

5. Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou outras atividades de vida diária devido a alguns problemas emocionais (tais como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim ▼	Não ▼
a Reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades	☐ 1..... ☐ 2	
b <u>Fez menos</u> coisas do que gostaria	☐ 1..... ☐ 2	
c Trabalhou ou realizou outras atividades com menos <u>atenção</u> do que de costume.	☐ 1..... ☐ 2	

6. Durante as 4 últimas semanas, até que ponto os problemas com sua saúde física ou emocional interferiram com atividades sociais normais com família, amigos, vizinhos, ou grupos?

Nada	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. Quanta dor no corpo você sentiu durante as 4 últimas semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Intensa	Muito Intensa
▼	▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

8. Durante as 4 últimas semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho habitual (incluindo o trabalho fora de casa e o trabalho em casa)?

Nada	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como as coisas tem acontecido com você durante as 4 últimas semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da forma como você tem se sentido .

Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo...

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
a	Você se sentiu cheio de vida?					
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
b	Você se sentiu uma pessoa muito nervosa?...					
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
c	Você se sentiu tão "para baixo" que nada conseguia animá-lo?					
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
d	Você se sentiu calmo e tranqüilo?					
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
e	Você teve muita energia?					
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
f	Você se sentiu desanimado e deprimido?					
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
g	Você se sentiu esgotado (muito cansado)?					
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
h	Você se sentiu uma pessoa feliz?					
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
i	Você se sentiu cansado?					
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

10. Durante as 4 últimas semanas, por quanto tempo os problemas de sua saúde física ou emocional interferiram com suas atividades sociais (como visitar seus amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

11. Por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa.

	Sempre verdade	Quase sempre verdade	Não sei	Quase sempre falso	Sempre falso
a Parece que eu fico doente com mais facilidade do que outras pessoas.....	▼	▼	▼	▼	▼
	☐ 1	☐ 2	☐ 3.....	☐ 4	☐ 5
b Eu me sinto tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3.....	☐ 4	☐ 5
c Acredito que minha saúde vai piorar	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4	☐ 5
d Minha saúde está excelente.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3.....	☐ 4	☐ 5

Sua doença renal

12. Até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa para você?

	Sempre verdade	Quase sempre verdade	Não sei	Quase sempre falso	Sempre falso
a Minha doença renal interfere demais com a minha vida.....	▼	▼	▼	▼	▼
	☐ 1	☐ 2	☐ 3.....	☐ 4	☐ 5
b Muito do meu tempo é gasto com minha doença renal.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3.....	☐ 4	☐ 5
c Eu me sinto decepcionado ao lidar com minha doença renal.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3.....	☐ 4	☐ 5
d Eu me sinto um peso para minha família.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3.....	☐ 4	☐ 5

13. Estas questões são sobre como você se sente e como tem sido sua vida nas 4 últimas semanas. Para cada questão, por favor assinale a resposta que mais se aproxima de como você tem se sentido.

Quanto tempo durante as 4 últimas semanas...

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a Você se isolou (se afastou) das pessoas ao seu redor?	▼	▼	▼	▼	▼	▼
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
b Você demorou para reagir às coisas que foram ditas ou aconteceram?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
c Você se irritou com as pessoas próximas? .	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
d Você teve dificuldade para concentrar-se ou pensar?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
e Você se relacionou bem com as outras pessoas?.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
f Você se sentiu confuso?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

14. Durante as 4 últimas semanas, quanto você se incomodou com cada um dos seguintes problemas?

	Não me incomodei de forma alguma	Fiquei um pouco incomodado	Incomodei- me de forma moderada	Muito incomodado	Extremamente incomodado
	▼	▼	▼	▼	▼
^a Dores					
musculares?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
^b Dor no peito?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
^c Cãibras?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
^d Coceira na pele?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
^e Pele seca?.....	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
^f Falta de ar?.....	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
^g Fraqueza ou tontura? ...	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
^h Falta de apetite?.....	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
ⁱ Esgotamento (muito cansaço)?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
^j Dormência nas mãos ou pés?.....	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
^k Vontade de vomitar ou indisposição estomacal?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
^l (Somente paciente em hemodiálise)					
Problemas com sua via de acesso (fístula ou cateter)?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
^m (Somente paciente em diálise peritoneal)					
Problemas com seu catéter?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5

Efeitos da doença renal em sua vida diária

15. Algumas pessoas ficam incomodadas com os efeitos da doença renal em suas vidas diárias, enquanto outras não. Até que ponto a doença renal lhe incomoda em cada uma das seguintes áreas?

	Não incomoda nada	Incomoda um pouco	Incomoda de forma moderada	Incomoda muito	Incomoda extremamente
	▼	▼	▼	▼	▼
a Limitação de líquido?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Limitação alimentar?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Sua capacidade de trabalhar em casa?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Sua limitação para viajar?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
e Depender dos médicos e outros profissionais da saúde?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
f Estresse ou preocupações causadas pela doença renal?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
g Sua vida sexual? ..	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
h Sua aparência pessoal?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

As próximas três questões são pessoais e estão relacionadas à sua atividade sexual, mas suas respostas são importantes para o entendimento do impacto da doença renal na vida das pessoas.

16. Você teve alguma atividade sexual nas 4 últimas semanas?

(Circule Um Número)

Não 1

Sim 2

Se respondeu não, por favor pule para a Questão 17

Nas últimas 4 semanas você teve problema em:

	Nenhum problema	Pouco problema	Problema moderado	Muito problema	Muitíssimo problema
	▼	▼	▼	▼	▼
a Ter satisfação sexual?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Ficar sexualmente excitado (a)?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

- 17. Para a questão seguinte, por favor avalie seu sono, usando uma escala variando de 0, (representando “muito ruim”) à 10, (representando “muito bom”)**

Se você acha que seu sono está meio termo entre “muito ruim” e “muito bom,” por favor marque um X abaixo do número 5. Se você acha que seu sono está em um nível melhor do que 5, marque um X abaixo do 6. Se você acha que seu sono está pior do que 5, marque um X abaixo do 4 (e assim por diante).

Em uma escala de 0 a 10, como você avaliaria seu sono em geral? [Marque um X abaixo do número.]

Muito ruim

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muito bom

18. Com que frequência, durante as 4 últimas semanas você...

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a Acordou durante a noite e teve dificuldade para voltar a dormir?	▼	▼	▼	▼	▼	▼
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
b Dormiu pelo tempo necessário?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
c Teve dificuldade para ficar acordado durante o dia?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

19. Em relação à sua família e amigos, até que ponto você está satisfeito com...

	Muito insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Um pouco satisfeito	Muito satisfeito
a A quantidade de tempo que você passa com sua família e amigos?.....	▼	▼	▼	▼
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
b O apoio que você recebe de sua família e amigos?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Satisfação com o tratamento

23. Pense a respeito dos cuidados que você recebe na diálise. Em termos de satisfação, como você classificaria a amizade e o interesse deles demonstrado em você como pessoa?

Muito ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente	O melhor
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7

24. Quanto cada uma das afirmações a seguir é verdadeira ou falsa?

	Sempre verdade	Quase sempre verdade	Não sei	Quase sempre falso	Sempre falso
a O pessoal da diálise me encorajou a ser o (a) mais independente possível.....	▼	▼	▼	▼	▼
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7 _b O pessoal da diálise ajudou-me a lidar(enfrentar) a minha doença renal	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Obrigado por você completar estas questões!

ANEXO C - KDQOL-SFTM (BRASIL)

São José do Rio Preto, 10 de fevereiro de 2004.

Os autores Priscila Silveira Duarte, Rozana Mesquita Ciconelli e Ricardo Sesso responsáveis pela versão em português e validação do questionário Kidney Disease and Quality of Life - Short Form (KDQOL-SFTM 1.3), de autoria original do Dr. Ron Hays, autorizam a pesquisadora Luciana Kusumota a utilizar o questionário para fins acadêmicos e científicos.

Atenciosamente,

Priscila Silveira Duarte

Pós-graduação - Nefrologia
Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina
E-mail: psduarte@nefro.epm.br