



Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP
Campus de Botucatu – Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Saúde Pública

Avaliação da Qualidade de Vida dos pacientes idosos em
tratamento hemodialítico na cidade de Avaré/SP

Fabiana Aparecida Ferreira Cassetari

Botucatu – SP
2010

Fabiana Aparecida Ferreira Cassetari

Avaliação da qualidade de vida dos pacientes idosos em
tratamento hemodialítico na cidade de Avaré/SP

Dissertação apresentada à Universidade Júlio de Mesquita Filho, Campus de Botucatu, para obtenção de título de Mestre em Saúde Pública, no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Inserida na linha de pesquisa. Epidemiologia da Terceira Idade

Orientador Prof. Dr. José Eduardo Corrente

Cassetari, Fabiana Aparecida Ferreira

Avaliação da qualidade de vida dos idosos em tratamento hemodialítico na cidade de Avaré-SP, orientador José Eduardo Corrente – Botucatu, 2010

74 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva Área de Concentração Pública – Departamento de Saúde Pública – Faculdade de Medicina de Botucatu

Universidade Julio de Mesquita – Unesp

- 1. Qualidade de Vida**
- 2. Idosos**
- 3. Hemodialítico**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fabiana Aparecida Ferreira Cassetari

Avaliação da qualidade de vida dos pacientes idosos em tratamento hemodialítico na cidade de Avaré-SP

Dissertação apresentada à Universidade Julio de Mesquita, Faculdade de Medicina de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 19/10/2010

Comissão Julgadora

Prof..José Eduardo Corrente

Instituição –Universidade Julio de Mesquita Filho-Unesp Botucatu

Assinatura

Prof.Tania Ruiz

Instituição –Universidade Júlio de Mesquita Filho-Unesp Botucatu

Assinatura

Prof.Dr.Alberto de Vitta

Instituição-Universidade do Sagrado Coração Bauru

Assinatura



*“A idade não depende dos anos, mas
sim do temperamento e da saúde,
umas pessoas já nascem velhos,
outros jamais envelhecem”.*

Tyron Edwards

Dedicatória

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu objeto de estudo: os doentes renais do setor de hemodiálise de Avaré, com todas suas dificuldades, perdas, desafios, esperança e amor.

A todos que tão gentilmente ajudaram a construir este trabalho mostrando dentro de toda sua luta que sempre há no que se acreditar, que os sonhos jamais podem deixar de existir e que me fizeram enxergar que a essência do ser humano é lutar e vencer desafios.

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

Agradeço enormemente a Deus que me possibilitou forças, coragem, otimismo, para concluir este trabalho.

Ao meu grande orientador Prof. Dr. José Eduardo Corrente, com toda sua sabedoria e serenidade guiou meus passos neste trabalho.

A minha mãe e pai que não mediram esforços para que eu alcançasse mais essa vitória.

Ao Sr. Miguel Monteiro meu fiel companheiro de estrada.

A meu esposo Orlando José Cassetari que no meio dessa trajetória me proporcionou força, ânimo e amor e realizou um lindo enlace matrimonial, deixando de ser namorado para ser meu companheiro na alegria e na tristeza, na saúde e na doença, amando-me e respeitando-me por todos os nossos dias.

Aos queridos professores que contribuíram para a finalização do curso.

Aos amigos que fiz e jamais esquecerei:

Dra.Lilian Magda de Macedo – Psicóloga – Botucatu/Bauru

Dra.Maria Amélia Carvalho – Nutricionista – Marília

Dr.Orion Ferreira – Filósofo – Marília

Ms.Virgilio Ferreira – Médico – Marília

Ms.Andreza Lima – Psicóloga – Bauru

Vocês fizeram a diferença em minha vida, dividimos alegrias, angústias, sorrisos, nossos cafés, nossos almoços no Caipirão, emails e grupos de trabalho!!

E por fim, a todos que de maneira direta ou indireta que incentivaram com atos ou palavras à concluir este mestrado.

Resumo

RESUMO

CASSETARI, F. A.F. **Avaliação da Qualidade de Vida dos pacientes idosos em tratamento hemodialítico** na cidade de Avaré/SP. 74 p. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Júlio de Mesquita Filho

As doenças crônicas são processos mórbidos de longa duração e que, apesar dos avanços médicos recentes, muitas delas ainda são incuráveis. Inclusive, a Doença Renal Crônica (DRC) está se tornando uma doença de grande impacto social, pois vem acometendo um número cada vez maior de pessoas, onde várias complicações podem ocorrer no paciente com Insuficiência Renal Crônica (IRC) devido ao tratamento hemodialítico a que são submetidos. Assim sendo, é necessário compreender o significado da hemodiálise para o doente renal crônico e também o impacto desse tratamento na vida do paciente, pois o tema “qualidade de vida do paciente renal crônico em programa de hemodiálise” ainda é pouco conhecido, divulgado e analisado, seja nacional ou internacionalmente. Portanto, o objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida dos pacientes idosos com IRC em tratamento hemodialítico no setor de hemodiálise da cidade de Avaré – SP, além de avaliar o perfil sócio-demográfico dos pacientes idosos em tratamento hemodialítico no setor de hemodiálise da referida cidade, como sexo, procedência, estado civil, escolaridade, tempo de tratamento na hemodiálise e etiologia da IRC, ressaltando que o efeito da cronicidade não se resume no resultado de uma doença agindo isoladamente em um único indivíduo e sim em inúmeras vidas vividas sob circunstâncias especiais e limitantes, não somente do doente, mas também de outras pessoas que compõem sua rede social, envolvendo ritos de passagem de um mundo sem doença para um mundo com doença. Aplicou-se o questionário SF36 contendo oito domínios e análise estatística utilizado foi o SAS for Windows 1.9.3 e utilizou-se de frequências e proporções para as variáveis qualitativas e média e desvio padrão para as variáveis quantitativas. Através da pesquisa realizada com os pacientes em tratamento pode-se concluir que a IRC, enquanto doença crônica não transmissível, bem como o seu tratamento contínuo por longo período, afeta vários aspectos da vida dos pacientes, daí a importância do estudo e avaliação da QV dos pacientes renais e SF-36 mostrou um bom instrumento de avaliação da QV dos pacientes renais destacando os domínios de capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de Saúde, vitalidade e Saúde Mental.

Palavras-chaves: Hemodialítico. Idosos. Qualidade de Vida.

Abstract

ABSTRACT

CASSETARI, F. A.F. Assessment of Quality of Life of elderly patients on hemodialysis in the city of Avare SP. 74 p. Master Thesis - Faculdade de Medicina de Botucatu, University Julio de Mesquita Filho.

Chronic diseases are long-term disease processes and that, despite recent medical advances, many of them are still incurable. Including the Chronic Kidney Disease (CKD) is becoming a disease of great social impact, for it affects a growing number of people, where several complications can occur in patients with chronic renal failure (CRF) due to hemodialysis that are submitted. It is therefore necessary to understand the meaning of hemodialysis for chronic kidney disease and the impact of such therapy in the patient's life, because the theme of "quality of life of chronic renal patients undergoing hemodialysis" is little known, disseminated and analyzed either nationally or internationally. Therefore, the objective is to assess the quality of life of elderly patients with CRF on hemodialysis in the hemodialysis unit of the city of Avare - SP, in addition to assessing the socio-demographic profile of elderly patients on hemodialysis in the hemodialysis unit of that City on sex, origin, marital status, education, treatment time in hemodialysis and etiology of CRF, stressing that the effect of chronicity is not just the result of a disease acting alone in a single individual but rather in lives lived under many circumstances special and limiting, not only the patient but also other people who make your social network, involving rites of passage from one world to a world without disease with disease. Applied the questionnaire containing eight SF36 domains and statistical analysis used was SAS for Windows 1.9.3 and used the frequencies and proportions for qualitative variables and mean and standard deviation for quantitative variables. Through research conducted with patients in treatment can conclude that CRF, while non-communicable chronic disease and its treatment still for long periods, affects many aspects of life of patients, hence the importance of study and assessment of QOL of renal and SF-36 showed a good instrument for assessing QOL of renal highlighting the areas of functional capacity, physical aspects, pain, general health, vitality and mental health.

Keywords: dialysis. Elderly. Quality of Life.

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Iniciei em janeiro de 2006 meu trabalho como Fisioterapeuta na cidade de Avaré em uma instituição filantrópica com pacientes internados e desenvolvendo meu trabalho na área respiratória e motor. Foi então que me deparei com crescente número de internações de pacientes hemodialíticos e percebi o quão novo se mostrava o universo do doente renal.

A cada dia que passava encontrava diferentes casos de pacientes renais e me envolvi com suas dificuldades.

Conheci o setor de hemodiálise de Avaré e em conversa com o médico do setor percebi o crescente número de paciente que realizavam o tratamento lá e não havia nenhum estudo desta população.

Percebi também que a maioria da população se encaixava acima de 60 anos, fui ao encontro a um pesquisador de Epidemiologia da Terceira Idade da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Júlio de Mesquita, no Instituto de Bioestatística e conversamos sobre a relevância de tal estudo, o que gerou a presente dissertação.

Sumário

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE ANEXOS	11
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Causa do Estudo.....	12
1.2 O doente renal crônico	12
1.3 Hemodiálise – Fisiopatologia e Tratamento	14
1.4 Qualidade de vida.....	22
1.5 Mensuração da Qualidade de vida na Insuficiência Renal Crônica.....	25
2 OBJETIVOS	32
2.1 Objetivo Geral.....	32
2.2 Objetivo Específico.....	32
3 METODOLOGIA	33
3.1 Caracterização da população.....	33
3.2 Coleta de dados	34
4 RESULTADOS.....	37
5 DISCUSSÃO	45
6 CONCLUSÕES	47
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS.....	57

Lista de Tabelas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Procedência dos pacientes em tratamento hemodialítico, Avaré, 2009.....	37
Tabela 2 – Dados demográficos dos pacientes entrevistados em tratamento hemodialítico, Avaré, 2009.....	38
Tabela 3 – Medidas descritivas dos resultados obtidos do SF-36 para pacientes em tratamento hemodialítico, Avaré, 2009.	39

Lista de Anexos

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido	57
Anexo 2 – Frequências para cada questão.....	58
Anexo 3 – Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36	64
Anexo 4 – Resultado da aplicação do instrumento SF-36 aos pacientes em tratamento hemodialítico	68
Anexo 5 – Pontuação do questionário SF-36	69
Anexo 6 – Cálculo do Raw Scale (0 a 100) SF -36.....	71

1 - Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Causa do estudo

A recente abordagem do tema qualidade de vida do paciente renal crônico em programa de hemodiálise e o pouco conhecimento existente no plano internacional e, principalmente, no nacional, alerta sobre a necessidade de desenvolvimento de novos estudos.

Com o propósito de compreender o significado da hemodiálise na qualidade de vida do doente renal crônico, fez-se a opção por realizar o presente estudo.

1.2 O doente renal crônico

De acordo com OLIVEIRA (1994), as doenças crônicas são processos mórbidos de longa duração e que, apesar dos avanços médicos recentes, muitas delas ainda são incuráveis. Salienta que a utilização de técnicas e métodos modernos, como transplante de órgãos, pode solucionar alguns problemas, mas, por outro lado, criar outros para os pacientes.

GUALDA (1998, p.25) é concorde com o posicionamento de OLIVEIRA (1994) e REMEN (1993), quando declara que: “genericamente, pode-se afirmar que aqueles que vivenciam alterações no seu estado de saúde, deixam de pertencer à categoria do ser saudável – normal, para ocupar a categoria do ser doente – anormal”.

OLIVEIRA (1994) diz que o efeito da cronicidade não se resume no resultado de uma doença agindo isoladamente em um único indivíduo. Implica em inúmeras vidas vividas sob circunstâncias especiais e limitantes, não somente do doente, mas também de outras pessoas que compõem sua rede social. Envolve ritos de passagem de um mundo sem doença para um mundo com doença.

Com o envelhecimento populacional ,a doença renal crônica (DRC) está se tornando uma doença de grande impacto social, pois vem acometendo um número cada vez maior de pessoas e aumentando nos últimos anos, o que evidencia que estratégias de prevenção das causas podem reduzir esse quadro, o que ainda está a pequenos passos no Brasil. Desta forma,

a Insuficiência Renal Crônica constitui causa importante de morbidade e mortalidade e, sem dúvida, questão peculiar de Saúde Pública (MARQUES et al, 2005, BASTOS, 2006).

A insuficiência renal crônica (IRC) caracteriza-se por lesão nos rins com perda progressiva e irreversível da função renal, levando à perda da capacidade de manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico. Os pacientes com IRC apresentam uma série de sinais e sintomas que dependem do grau de comprometimento renal, de outras condições subjacentes e da idade. Observam-se manifestações neurológicas centrais, periféricas, gastrintestinais, endocrinológicas, metabólicas, infecciosas, dermatológicas e hematológicas. A associação dessas alterações pode levar o indivíduo a fadiga e dispnéia.

Várias complicações podem ocorrer no paciente com IRC devido ao tratamento hemodialítico a que são submetidos, como deterioração musculoesquelética, fraqueza, descoloração da pele, emagrecimento, edema, fadiga e alterações pulmonares, como diminuição da capacidade de difusão, hipoventilação alveolar e hipóxia.

Quando em fase terminal da IRC, o paciente apresenta múltiplas e sérias alterações clínico-laboratoriais que devem ser prontamente corrigidas. Com o comprometimento da função renal, os demais órgãos e sistemas orgânicos passam a funcionar de maneira anormal e, somente com a utilização de métodos para a filtração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou com a realização do transplante renal, há a possibilidade de sobrevivência do paciente (AJZEN, 1991; ROMÃO JÚNIOR, 1994).

A IRC do ponto de vista mundial, tem como etiologia as doenças primárias dos rins, doenças sistêmicas que também acometem os rins, doenças do trato urinário ou urológico, sendo o diabetes mellitus (DM) a causa principal, seguindo pela hipertensão arterial sistêmica (HAS) e as glomerulonefrites (SESSO, 2002).

Segundo o censo do Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2009, 54% dos pacientes renais está na região sudeste, 16% no sul, 20% nordeste, 7% centro oeste e 4% no norte. Estima-se que existam mais de 2 milhões de brasileiros portadores de algum grau de disfunção renal. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2009).

A presença de disfunção renal eleva o risco de morte prematura por doença cardiovascular em cerca de 10 vezes em comparação à população normal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2007). O paciente renal crônico no Brasil é caracterizado como principal grupo de risco dentre os diabéticos (5 milhões), hipertensos (17 milhões), idosos (14,5 milhões), acima de quarenta anos e em terapia renal substitutiva (SALGADO, 2005). Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia a hipertensão arterial e o diabetes são responsáveis por cerca de metade dos pacientes que estão em tratamento

dialítico. Esses números são comparáveis aos outros países da América Latina, mas são menores do que nos Estados Unidos, onde as duas desordens são a causa de Doença Renal Crônica em quarto dos pacientes em diálise. Essas discrepâncias podem ser parcialmente explicadas pelo número de pacientes idosos, característica dos países desenvolvidos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2007).

Segundo o censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia em janeiro de 2005 em 498 centros, estima-se que haja 54.311 pacientes em diálise, sendo 89% em hemodiálise, 6,7% em diálise peritoneal ambulatorial contínua, 3,8% em diálise peritoneal automatizada e 0,4% em diálise peritoneal intermitente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2005 citado por BARBOSA et al, 2008). O maior risco de óbito dos pacientes renais é substancialmente explicado pela idade mais elevada, o maior nível de desnutrição associado e encaminhamentos tardios (SOUZA et al, 2003). Dados do Instituto Brasileiro Geografia e Estatística, em população acima de 40 anos, dão como principal grupo de risco no Brasil os diabéticos, hipertensos e idosos.

1.3 Hemodiálise – 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 hidroeletrólítico e ácido – básico (RIELLA, 2003).

A Insuficiência Renal Crônica (IRC), 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 IRC são:

- Doenças renais primárias - Glomerulonefrites: glomerulonefrites ou glomerulopatias são afecções que acometem o glomérulo, estrutura microscópica formada por um emaranhado de capilares semelhantes a um novelo de lã. É a principal estrutura renal responsável pela filtração do sangue.
- Pielonefrites - é uma infecção do trato urinário ascendente que atingiu a pelve do rim. Afeta quase todas as estruturas do rim, incluindo túbulos, sistema coletor e interstício.

- Doença renal policística (DRP) - também conhecida como síndrome renal policística é uma doença genética que afeta os rins e tem caráter progressivo. Ocorre em seres humanos e em alguns outros animais. A DRP é caracterizada pela presença de vários cistos (daí o termo "policístico") em ambos os rins. A doença também pode acometer o fígado, o pâncreas, e mais raramente o coração e o cérebro. As duas principais formas de doença renal policística são distinguidas por seus padrões de herança genética, dominante ou recessiva.
 - Doença sistêmica hipertensão arterial - é definida como a elevação permanente da pressão arterial acima de valores considerados normais, um valor de pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg ou pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg. Os níveis elevados de pressão arterial estão relacionados a uma menor expectativa de vida. Assim a hipertensão tem elevado custo médico-social por ser um fator de risco importante para doença cardiovascular, cerebrovascular, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e aterosclerose periférica.
 - Diabetes mellitus - doença provocada pela deficiência de produção e/ou de ação da insulina, que leva a sintomas agudos e a complicações crônicas características: queixas visuais, cardíacas, circulatórias, digestivas, renais, urinárias, neurológicas, dermatológicas e ortopédicas etc.
 - Doenças auto-imunes - lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória de causa desconhecida, que se desencadeia a doença, agentes externos desconhecidos (vírus, bactérias, agentes químicos, radiação ultravioleta) entram em contato com o sistema imune de um indivíduo que está com vários genes erradamente induzindo produção inadequada de anticorpos. Estes anticorpos são dirigidos contra constituintes normais (auto-anticorpos) provocando lesões nos tecidos e também alterações nas células sanguíneas.
 - Amiloidose - é uma patologia na qual ocorre acúmulo, em vários tecidos de amiloide, uma substância proteica rara (que normalmente não está presente no corpo).
- Doenças hereditárias:
- Síndrome de Alport (muito semelhante à nefrite hereditário) - O distúrbio causa glomerulonefrite crônica com a destruição dos glomérulos, e sem sintomas aparentes no início. A destruição progressiva dos glomérulos provoca o aparecimento de hematuria (sangue na urina) e diminui a eficiência do sistema de filtração dos rins.

Ocorre perda progressiva da função renal e acúmulo de líquidos e resíduos no organismo, com eventual progressão do quadro para doença renal) e

- Cistinose - A cistinose nefropática é uma doença sistêmica, genética, com herança autossômica recessiva, causada pelo acúmulo intracelular (intralisossomal) de cistina em diversas células do organismo. Pode comprometer a função de diversos órgãos, o que ocorre mais precocemente no túbulo contornado proximal do rim.
- Malformações congênitas: agenesia renal, hipoplasia renal bilateral e válvula de uretra posterior. (DRAIBE, 2002).

Histologicamente, a lesão característica do rim senil é a esclerose glomerular e, apesar de ser há muito tempo conhecida, sua patogênese ainda é pobremente entendida. O peso e volume renal diminuem em 20% a 30% entre as idades de 30 a 90 anos, de 250-270g no adulto não idoso para 180-200 g no idoso. O número de glomérulos diminui em 30 a 50%, havendo um aumento da relação entre os esclerosados e os normais: 1 em 10 glomérulos na idade de 80 anos comparados com 1 em 100 no adulto não idoso. O mesângio mostra graus variados de expansão, bem como de fibrose intersticial. Os túbulos se mostram diminuídos em número, volume e extensão. Atrofia tubular focal, fibrose intersticial e inflamação crônica são achados frequentes e, em algumas situações, podem estar associados a áreas de esclerose glomerular. As arteríolas desenvolvem espessamento da íntima, duplicação da lâmina elástica interna, hialinização com graus variados de estenose do lúmen.

Estudos em autópsias mostram que na ausência de hipertensão arterial, somente 15% dos indivíduos com mais de 50 anos desenvolvem mudanças morfológicas vasculares, enquanto que em hipertensos estas alterações aparecem em 95% dos casos. Embora estejam bem definidas na literatura, estas alterações variam em intensidade proporcionando graus variados de deterioração da função renal. Acredita-se que outros fatores de risco, como doenças sistêmicas, dieta, meio ambiente e hábitos pessoais quando superimpostos no idoso, acelerem este processo de deterioração.

Gradualmente, o fluxo plasmático renal diminui de 600 ml/min na 3ª década para 300 ml/min na 8ª década, sendo que um importante fator para se levar em consideração quando este parâmetro for avaliado é o declínio do débito cardíaco associado à idade. O ritmo de filtração glomerular (RFG), estimado pela depuração da insulina ou creatinina, tem sido mostrado em estudos longitudinais e retrospectivos declinar com a idade. É relatada uma diminuição de 1 ml/min/1,73 m² por ano após a 3ª década, sendo esperada uma depuração de 50 ml/min na maioria dos indivíduos com 90 anos de idade.

No “Baltimore Longitudinal Study on Aging” 446 indivíduos, entre 22 e 97 anos, foram seguidos por 24 anos com o objetivo de se determinar o coeficiente de regressão da depuração de creatinina com o avançar da idade. Este foi de -1,10 ml/min/ano em indivíduos com alguma doença renal, -0,92 ml/min/ano para os hipertensos e -0,75 ml/min/ano para os normais.

Entre todos os 446 indivíduos, 65% apresentavam “slopes” negativos e 35% positivos. Assim, 1/3 dos indivíduos não evoluíram com declínio da função renal por um período de 24 anos. Clinicamente, a creatinina sérica é o marcador de função renal mais frequentemente utilizado; entretanto, no idoso, é objeto de várias influências especiais. A diminuição da massa e da atividade muscular e o menor consumo de proteínas fazem com que o idoso tenha uma creatinina sérica “aparentemente normal” associada a graus variados de função renal. Assim, a relação creatinina/depuração de creatinina se altera com a idade. A creatinina permanece constante enquanto a depuração tende a diminuir; a creatinina de 1,0 mg/dl pode representar depuração de 120 ml/min em um indivíduo de 20 anos e 60 ml/min em um idoso de 80 anos.

O rim apresenta anormalidade na conservação do sódio, talvez relação à perda de néfrons, à carga de filtração por néfron ou à diminuição da atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona. A atividade plasmática de renina está diminuída em 30-50% nos indivíduos idosos, havendo uma redução similar nos níveis plasmáticos da aldosterona. Além disso, um prejuízo na secreção de vasopressina e na responsividade das células do ducto coletor para o efeito hidro-osmótico desta têm sido descritos. Os idosos apresentam alteração na acidificação, que pode ser inaparente em condições basais, mas que em situações que produzam acidose metabólica como diarreia, vômito, obstrução do trato urinário, graus leves de insuficiência renal, o distúrbio ácido-básico poderá ser notado. Essa alteração se deve a uma alteração na capacidade de excreção de ácidos, fazendo com que o bicarbonato sérico se encontre no limite inferior da normalidade. O metabolismo do cálcio também se mostra alterado, sendo a osteopenia um achado frequente. É visto nestes indivíduos uma menor excreção urinária de cálcio, níveis diminuídos de calcitriol e aumento da concentração de paratormônio. Acredita-se que a redução da atividade da 1-alpha hidroxilase renal, hormônio fundamental na geração de calcitriol, possa ser um fator causal da osteoporose senil.

O idoso apresenta bacteriúria assintomática (definida como o crescimento de mais de 100.000 por ml) tem sido descrita com o avançar da idade. Na maioria das vezes ela é recorrente, assintomática e confinada ao trato urinário baixo. Alguns autores advogam que há um aumento da mortalidade e morbidade nos idosos com bacteriúria assintomática, embora as

suas causas não tenham sido explicadas. Talvez, com a maior sobrevivência, haja um maior número de achados urinários, bem como de outras patologias associadas, devendo a bacteriúria ser mais um epifenômeno do que um fator causal de mortalidade.

O idoso pode apresentar leucocitúria (número de leucócitos maior que 10 por campo/400x), ROSEN encontrou prevalência de 25% em idosos e FRIEDMAN de 37%. Piúria sem bacteriúria sugere a presença de calculose renal, necrose de papila, diabetes, uso de analgésicos, prostatite crônica e tuberculose renal, principalmente.

A prevalência de hematúria no adulto não idoso varia de 3-13%, mas no idoso os dados são controversos. Em idosos, a prevalência de proteinúria é de 37% em homens e 31% nas mulheres em comparação com 3% e 6% no adulto não idoso, respectivamente. Este aumento pode estar relacionado com a presença de bacteriúria, hipertensão arterial, diabetes, paraproteinemias, glomerulopatias primárias e outras patologias.

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 90ml/min/1,73m²);
- *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 IRC com TFG menor que 15ml/min/1,73m².

A intensidade dos sinais e sintomas na IRC 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 IRC 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).

Dentre os métodos terapêuticos existentes para o tratamento da insuficiência renal crônica terminal, o transplante renal é considerado ideal por ser o mais adequado e de menor custo operacional. Entretanto, a dificuldade para obtenção de rins para a sua viabilização e o número reduzido de centros transplantadores ativos e capacitados para realizá-lo fazem com que os pacientes se submetam ao tratamento dialítico para a manutenção de sua vida.

O tratamento da IRC depende da evolução da doença, podendo ser conservador (medicamentoso e dietético) para os pacientes em geral com *clearance* de creatina maior que 10ml/min/1,73m² e para os diabéticos maior que 15ml/min/1,73m². Quando esse tratamento se torna insuficiente, e o paciente apresenta sintomas de uremia e os valores do *clearance* de creatina diminuem, é necessário iniciar a diálise que substitui, em parte, a função dos rins e ou ainda candidatar-se a um transplante renal (CANZIANI; DRAIBE; NADALETTO, 2002). Como tratamentos dialíticos existem: Hemodiálise e Diálise Peritoneal (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:

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

Os pacientes podem iniciar o tratamento por meio de 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 IRC.

Um estudo realizado por ROCHA et al. (1990) demonstra que, nos últimos 25 anos, a hemodiálise tem sido considerada um método consagrado para o tratamento da insuficiência renal crônica, ainda que seja tecnicamente o mais complexo, quando comparado aos outros métodos terapêuticos alternativos.

A hemodiálise, segundo DRAIBE (1991), é a modalidade de tratamento dialítico mais aceita universalmente. De acordo com BORGES (1998), é considerada também o método mais eficaz e o mais utilizado.

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 IRC.

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 (FAVs) 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 IRC. 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 umbilical humana, carótida bovina ou próteses sintética). As FAVs 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 a solução de diálise (dialisato) e o externo. As membranas semipermeáveis utilizadas nos dialisadores têm origem da celulose, celulose modificada, semi-sintéticas 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 a partir da água corrente em contraposição as máquinas de tanque. Além disso, esses equipamentos também fazem o monitoramento de pressão, temperatura, presença de ar, condutividade do dialisato, volume 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.

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

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

Além da sobrevivência dos pacientes em diálise, alguns outros indicadores, tais com 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. 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 possibilita a abordagem desses pacientes segundo dimensões relevantes que podem estar comprometidas e que também podem direcionar ações específicas para a reabilitação desses pacientes.

1.4 Qualidade de Vida

Atualmente, o termo “Qualidade de Vida” (QV) é amplamente utilizado, tanto por leigos quanto por especialistas que desenvolvem pesquisas em diversas áreas, tais como: sociologia, medicina, enfermagem, psicologia, economia, geografia, história social e filosofia. (MORAG, 1995). A qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde.

Apesar de sua ampla utilização, ainda é considerado pelos pesquisadores com muitas interpretações, várias definições constituídas por uma diversidade de fatores, objetivos e subjetivos, que variam de pessoa para pessoa e sofrem influências de valores culturais, religiosos e étnicos. (KATS et al, 1987; FERRANS et al, 1992; ATTREE et al, 1993; FERRANS et al, 1993; POWERS et al, 1993; MORAG et al, 1995; LOK et al, 1996). 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 “inclusão de dimensões tanto positivas quanto negativas (WHOQOL GROUP, 1995).

A Organização Mundial de Saúde 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 tem interesse nos aspectos da QV que são potencialmente afetados pelas doenças e tratamento

A qualidade de vida é um conceito multidimensional e, embora haja controvérsias sobre o real significado dessa expressão, há concordância entre os autores quanto à inclusão de aspectos relacionados à capacidade funcional, às funções fisiológicas, ao comportamento afetivo e emocional, às interações sociais, ao trabalho e à situação econômica, centrados na avaliação subjetiva dos indivíduos. Assim a qualidade de vida apresenta-se como um constructo multifuncional, muito mais amplo do que meramente a presença ou ausência de saúde. (KIMURA, 1999).

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 mantém 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 (CENTRES 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 tem necessariamente o mesmo significado, pois uma pessoa pode se sentir feliz e não estar satisfeito com alguns aspectos da sua vida.

De acordo com CIANCIARULLO (1998), a qualidade de vida tem sido estudada em seus múltiplos aspectos, objetivando a sua descrição em determinados grupos populacionais no tempo e no espaço, com suas características exclusivas e excludentes, visualizando a influencia dos processos de cuidados, curativos e preventivos, gerando novos conceitos, teorias e caracterizando os determinantes e condicionantes. A QV apresenta uma acepção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos. Entretanto, quando a QV é relacionado à saúde engloba dimensões específicas do estado de saúde.

Na conceituação recente adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a QV foi definida como “[...] a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da

cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”

A versão inglesa do conceito de *health related quality of life* (HRQL), exposto por GIANCHELLO (2005) é similar: “[...] é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos.”

É o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções. Para AUQUIER (2005) e também GIANCHELLO (2005), os conceitos fundamentais de HRQL seriam igualmente a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos a elas relacionados

Concorda-se com CIANCIARULLO (1993), quando este afirma que aquele que vivencia a qualidade de vida é quem elabora o seu conceito, para que nós, profissionais da área, possamos fazer uso dele. Este autor ainda ressalta que a diferença se estabelece no âmbito das nossas maiores ou menores capacidades de lidar com estes conceitos, sujeitos a análises contínuas de nossa parte, que irão influenciar o futuro da assistência cuidativa e curativa em nosso país.

A vida, direito fundamental de todos, requer critérios mínimos de qualidade para que ela seja desejável. Considerando que a OMS definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença; está havendo uma crescente preocupação entre os profissionais de saúde com o impacto das doenças nas atividades diárias, na percepção da saúde e no prejuízo funcional dos indivíduos (FLECK, 2000; ROCHA et al., 2000). Assim, o conceito de saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de QV (MINAYO et al., 2000).

Diante dessa realidade, tem-se observado na literatura um aumento considerável no número de pesquisas sobre a avaliação dos aspectos da QV diretamente relacionados à saúde (GUYATT et al., 1997; XUAN et al., 1999; CELLA e NOWINSKI, 2002; LAURSEN et al., 2005). FARQUHAR (1995a) sugere a utilização do termo “qualidade de vida relacionada à saúde – QVRS” para tal contexto. Apesar da QVRS ser um termo ainda obscuro, já existe uma conceituação proposta na qual o termo foi definido como “Qualidade de vida relacionada à saúde é o valor atribuído à duração da vida modificada por incapacidade, estado funcional, percepções e oportunidades sociais que foram influenciadas por doenças, lesões, tratamentos ou política” (EBRAHIM, 1995).

Considerando o número elevado de doenças crônicas em idosos, a avaliação das dimensões da QVRS, tais como: condições de saúde, bem-estar físico e psicológico e

habilidades funcionais tem sido julgada de suma importância nesta faixa etária (FARQUHAR, 1995b). Ainda existem outros aspectos da QV, por exemplo, renda, liberdade e qualidade do meio-ambiente que podem indiretamente influenciar na QVRS, porém tais aspectos, frequentemente, não são passíveis de intervenção pelo profissional de saúde (GUYATT et al., 1993). Para estes profissionais o que interessa na avaliação da QVRS é tentar quantificar a típica questão feita para o paciente: “Como vai você?” (WOOD-DAUPHINEE, 2001).

A qualidade de vida vem sendo introduzida na literatura internacional, como uma nova dimensão a ser considerada na avaliação dos resultados dos tratamentos, ao lado de parâmetros tradicionalmente utilizados como controle de sintomas, os índices de mortalidade e o aumento da expectativa de vida (KIMURA, 1999).

ROMÃO et al. (2004) conceituaram que qualidade de vida está relacionada à auto estima e ao bem estar pessoal, abrangendo uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível sócio econômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o auto cuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosidade. SCRIERI et al. (2004) conceituaram que qualidade de vida seria a somatória de fatores decorrentes da interação entre sociedade e ambiente, atingindo a vida no que concerne à sua necessidade biológica e psíquica.

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 a várias formas em que as pessoas vêem os aspectos da vida e a abordagem de diferentes interesses.

1.5 Mensuração da Qualidade de vida na Insuficiência Renal Crônica

Acredita-se que as incapacidades e as complicações decorrentes da IRC e do tratamento por hemodiálise contribuem para a perda da QV dos pacientes nessas condições. Estudos prévios mostraram que a IRC e o tratamento hemodialítico provocam uma série de alterações que comprometem não só o aspecto físico como psicológico, com repercussões pessoais, familiares e sociais, alterando assim a qualidade de vida relacionada à saúde. Esta, além da saúde, inclui educação, acesso a serviços de saúde, satisfação e condições dignas de trabalho. A IRC causa um forte impacto na vida das pessoas no que diz respeito à condição física, ao

cotidiano, ao trabalho, à alimentação e também aos valores que orientam as pessoas em seu processo de viver.

Estudos mostram que pacientes com IRC em tratamento hemodialítico apresentam uma qualidade de vida prejudicada pela capacidade cardiorrespiratória limitada e capacidade física diminuída, o que pode prejudicar o desempenho nas atividades de lazer, trabalho e convívio social. Aspectos de natureza biológica, psicológica e sociocultural compõem as dimensões afetadas pela IRC e pelo tratamento.

Para avaliação desses aspectos, têm sido utilizados instrumentos genéricos e específicos na medida da QV. (CASTRO et al., 2003). Existe uma série de instrumentos de avaliação da QV 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 Questionare e The CHOICE Health Experience Questionnaire. E entre os instrumento modulares (genéricos/específicos) estão: Dialysis Quality of Life e o Kidney Disease and Quality of Life (CAGNEY et al., 2000; WU et al., 2001; VALDERRABANO; JOFRE; LÓPEZ-GOMEZ, 2001).

Muitos estudos têm analisado a QV de pacientes com IRC em tratamento por Diálise Peritonal e hemodiálise, utilizando instrumentos genéricos (FERRANS E POWERS, 1993; RODRIGUES NETO et al., 2000; KALANTAR-ZADEH et al, 2001; MORAG et al., 1995; ROMÃO 2001; CASTRO et al 2003; RUBIN et al., 2004; SAUPE E BROCA, 2004). Instrumentos genéricos têm sido mais utilizados para quantificar a QV 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 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) com mais de 3.000 validações. 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), de vitalidade (4 itens), estado geral de saúde (5 itens) e estado de saúde atual comparado com um ano atrás (1 item), que é calculado à parte (anexo 5 e 6). 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 reprodutibilidade. No Brasil passou por processo de tradução, validação e adaptação cultural com pacientes com artrite reumatóide por CICONELLI (1997). Neste estudo foi utilizado SF 36, pois avalia o estado de saúde, sendo um instrumento válido.

O SF-36 foi desenvolvido por Ware e Sherbourne, em 1992, para ser utilizado em prática e pesquisa clínica, avaliações de políticas de saúde e pesquisas gerais na população, utilizado em doentes. Segundo WARE e SHERBOURNE, a história do desenvolvimento do SF-36, a origem de itens específicos e a lógica fundamentada na sua seleção estão resumidos e o conteúdo e as características do SF-36 são comparados ao SF-20 Medical Outcomes Study short-form.

O SF-36 é um questionário multidimensional avalia tanto aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade), como os aspectos positivos (bem-estar). Propositadamente, não existe um único valor que resuma toda a avaliação, traduzindo-se num estado geral de saúde melhor ou pior, justamente para que, numa média de valores, evite-se o erro de não se identificar os verdadeiros problemas relacionados à saúde do paciente ou mesmo de subestimá-los.

WARE et al (1992) propuseram a classificação dos pacientes avaliados pelo SF-36 em dois grandes componentes, que são: físico, envolvendo , capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde e o componente mental, englobando os componentes saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade, embora os componentes estado geral da saúde e vitalidade também possam estar de forma indireta relacionada ao outro componente. Esta separação tem por finalidade visualizar de forma genérica estes dois grandes componentes que podem estar envolvidos de maneira distinta nas diversas patologias.

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.

Avanços tecnológicos recentes trouxeram melhora significativa para os métodos de tratamento dialítico e aumento da sobrevida dos pacientes com insuficiência renal crônica terminal (IRCT) em diálise. As intervenções terapêuticas têm sido avaliadas por meio da análise de sobrevida dos pacientes, entretanto este indicador não pode ser considerado isoladamente, sugere-se que seja associado também à avaliação da qualidade de vida (QV) por esta ser considerada indicador consistente da eficiência do tratamento oferecido.

O interesse pela percepção do paciente sobre seu estado de saúde vem aumentando e necessita de métodos próprios de análise. Inúmeros questionários elaborados em diversas partes do mundo já adaptaram a avaliação da qualidade de vida a uma medida quantitativa para que a mesma possa ser usada em ensaios clínicos e modelos econômicos alguns destes têm sido objeto de testes rigorosos para determinar a validade, reprodutibilidade e adequação a tratamentos de médio e longo prazo.

No Brasil e no mundo, estudos sobre QV de pacientes com IRCT têm sido realizados, entretanto, conhecer melhor a situação daqueles submetidos à hemodiálise de alta eficiência e identificar fatores específicos relacionados à QV nos motivou a realizar o estudo que tem como objetivos de avaliar a QV destes pacientes e relacionar aos dados sociodemográficos, clínicos, laboratoriais, escores da Escala de Karnofsky, Índice Cognitivo de Depressão (ICD) e aos escores do Medical Outcomes Study 36 Item Short Form Health Survey (SF36).

Outro instrumento utilizado específico (KDQ) que contem 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 QV, 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 QV (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 (SF-36) 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 SF 36, tem-se uma escala multi-itens abordando indivíduos com IRC em diálise que inclui quarenta e três itens direcionados a 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). Incluem ainda dois itens de suporte social, dois itens sobre apoio de equipe profissional de diálise e um item sobre satisfação do paciente.

O KDQOL-SF 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 correspondente à QV menos favorável, enquanto os escores mais altos que se aproximam de 100, refletem melhor QV. 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 esta preenchendo o instrumento. A consistência interna entre as dimensões do KDQOL-SF excedeu 0.80 e as correlações das dimensões com escalas correspondentes do KDQOL variaram de 0.91 a 100 (HAYS et al., 1997).

Estudos na literatura internacional têm demonstrado que os pesquisadores estão preocupados com o fato de o avanço tecnológico e terapêutico aumentarem a sobrevida do paciente renal crônico sem, no entanto possibilitarem-lhe o retorno à vida em termos qualitativos. (HARRIS, 1993; MANDIGERS, 1996).

REYNOLDS (1993) declara que tem havido um aumento do número de crianças com insuficiência renal crônica, que conseguem atingir a idade adulta com o avanço da hemodiálise e do transplante renal. No entanto, este autor nos alerta que, se por um lado, a expectativa de sobrevida destes pacientes aumenta, por outro, a saúde plena não é restaurada e a qualidade de vida tem se mostrado afetada e, por vezes, até muito comprometida.

Segundo GOMES (1997), só muito recentemente as atenções começaram a se voltar para uma terapêutica que vise à melhora da qualidade de vida do paciente renal crônico, como um fator relevante no cenário da terapêutica renal, e não apenas a extensão da sua vida – que considera duas posições bem diferentes.

LIMA e GUALDA (2000) estudaram o impacto positivo sobre a qualidade de vida do paciente submetido à hemodiálise, devido aos avanços tecnológicos e terapêuticos. Além do impacto da doença e tratamento para o paciente, devem ser considerados o desgaste físico e o estresse mental e emocional devido à dependência de um tratamento doloroso, de duração e consequências incertas, a dependência de uma máquina e de uma equipe especializada, além da necessidade de assumir o esquema terapêutico para a manutenção da vida.

FERRANS, POWERS (1993) avaliaram a qualidade de vida de 349 pacientes submetidos à hemodiálise, em termos de satisfação e importância, com relação a vários aspectos de suas vidas. Como resultado, observaram que não houve diferença significativa entre a qualidade de vida destes pacientes quando comparados a qualidade de vida de pessoas saudáveis. Atribuíram este surpreendente resultado a capacidade dos pacientes estudados em se adaptarem, a longo prazo, aos problemas advindos da doença e do tratamento. SIMMONS et al (1990), ao investigarem os indicadores da qualidade de vida de 766 pacientes, em diferentes modalidades terapêuticas (transplante renal, hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua) para doença renal em estágio final, demonstraram, por meio dos resultados obtidos, que estes são bem mais altos nos pacientes transplantados e, ao serem comparadas as duas outras modalidades os indicadores da qualidade de vida dos pacientes, em programa de diálise peritoneal ambulatorial contínua, são maiores do que os pacientes submetidos à hemodiálise.

MANDIGERS et al (1996), ao realizarem um estudo retrospectivo, por meio da análise de 122 prontuários de pacientes com idade superior a 65 anos, submetidos à terapia de substituição renal: 76% em hemodiálise, 21% em hemofiltração e 3% em diálise peritoneal ambulatorial contínua, concluíram que a qualidade de vida e a taxa de sobrevivência destes pacientes revelaram-se aceitáveis, justificando a importância da indicação desta forma de tratamento para estes pacientes, apesar de sua idade avançada. No entanto, declaram ser necessária a realização de estudos prospectivos, por considerarem quase impossível o acesso aos indicadores de qualidade de vida em estudos retrospectivos.; para se obterem respostas mais precisas sobre a validade do prolongamento da vida de pacientes idosos, portadores de doença renal em estágio terminal, levando-se em consideração a questão da qualidade de vida.

Em seu estudo, LOK (1996) pesquisou a relação entre a presença de estressores, mecanismos de defesa utilizados por pacientes renais crônicos e sua qualidade de vida, tendo sido abordados 64 pacientes: 56 em programa de hemodiálise e 08 em diálise peritoneal ambulatorial contínua. Foram caracterizados 05 estressores principais: limitação de atividade física, diminuição da vida social, incerteza sobre o futuro, fadiga e câibras musculares, como

responsáveis pelo comprometimento da qualidade de vida. Observou que os comportamentos direcionados a resolução do problema foram considerados mais eficazes, quando comparados com os comportamentos emocionais para o enfrentamento destes estressores. Comparando as modalidades de tratamento, concluiu que os indicadores da qualidade de vida dos pacientes em diálise peritoneal ambulatorial contínua, foram mais altos do que os dos pacientes em programa de hemodiálise.

Um estudo realizado por KLANG (1996), com 48 pacientes renais crônicos em programa de diálise, demonstrou que era utilizada uma variedade de estratégias para o enfrentamento de agentes estressores. Dentre estes, o autor destaca: o esforço para a manutenção do controle, a busca de maiores informações sobre a situação e a manutenção da esperança e enfatiza que a escolha destas estratégias parece depender da idade, duração da doença, modalidade de tratamento e do senso de coerência. Relata que, com relação aos estilos de enfrentamento: confrontacional (enfrentamento do problema diretamente), emocional (uso de emoções para lidar com o problema) e paliativo (utilização de medidas que auxiliem a lidar com o problema sem enfrentá-lo diretamente), o estilo confrontacional foi o mais favorecido em relação aos demais. Este autor menciona ainda que a utilização destes estilos é influenciada por fatores pessoais como: experiência de vida, religião, cultura e fatores genéticos.

GOMES (1997), ao pesquisar a qualidade de vida e os aspectos psicológicos de 30 pacientes em programa de hemodiálise, encontrou que os mesmos têm pouquíssimas atividades significativas fora do tratamento e que a variável tempo de hemodiálise é importante na determinação de sua qualidade de vida. Destaca que quanto mais tempo de hemodiálise, mais resignação à doença é percebida, assim como há menos relato de atividade significativa. Quanto menos tempo de hemodiálise, mais alterações emocionais são percebidas e maior número de atividades significativas são relatadas.

A maioria dos estudos citados mostra que há concordância entre os autores quando indicam que a qualidade de vida é melhor nos pacientes que realizaram o transplante renal, quando comparados aos pacientes em diálise peritoneal e hemodiálise. Considerando-se estes resultados e o fato de a hemodiálise ser o método terapêutico mais utilizado, desde as últimas décadas (ROCHA et al, 1990), torna-se evidente a necessidade de se aprofundar os estudos sobre a qualidade de vida destes pacientes.

2 - Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida dos pacientes idosos com IRC em tratamento hemodialítico no setor de hemodiálise da cidade de Avaré – SP.

2.2 Objetivos específicos

Estudar o perfil sócio-demográfico dos pacientes idosos em tratamento hemodialítico no setor de hemodiálise da cidade de Avaré;

Estudar a qualidade de vida dos pacientes hemodialíticos.

3 - Metodologia

3 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado no setor de Hemodiálise de Avaré, no Estado de São Paulo, centro de referência para a população local e de outros municípios. A unidade foi inaugurada em 15 de fevereiro de 1999, atendendo a 21 pacientes inicialmente. Atualmente são 65 na unidade e outros 6 em domicílio com CAPD (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua) com vínculo com a unidade.

A pesquisa foi constituída por 40 pacientes com Insuficiência Renal Crônica da unidade hemodialítica acima de 60 anos de idade que se constituem no total de 40 pacientes. Foi realizada de Julho a Dezembro de 2009.

O setor é constituído por 2 médicos Nefrologistas responsáveis, 2 enfermeiras e 6 auxiliares de enfermagem, com turnos de 6 horas diárias cada e funciona de segunda-feira a sábado, com pacientes de toda região com indicação médica para hemodiálise.

O setor possui 14 máquinas o que possibilita a disposição dos pacientes em 2 grupos principais que frequentam a hemodiálise 3 vezes por semana por 3 ou 4 horas cada vez, isso sendo determinado por vários fatores principalmente pelos resultados dos exames laboratoriais rotineiros analisados pelos médicos do setor. Destes dois grandes grupos há subdivisões em 3 turmas por dia, que retornarão de segunda, quarta e sexta e outras 3 turmas por dia que retornam de terça, quinta e sábado.

3.1 Caracterização da população

Atualmente são 65 pacientes no setor e fizeram parte da população, 40 pacientes, tendo como critério de inclusão o diagnóstico médico de Insuficiência Renal Crônica com necessidade de hemodiálise, ter idade acima de 60 anos e aceitar em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.2 Coleta de Dados

O presente estudo foi de corte transversal. Os dados sócio-demográficos dos pacientes foram coletados através do prontuário para avaliar a qualidade de vida desses pacientes, sendo aplicado o instrumento SF-36, Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey durante as sessões de hemodiálise, após a assinatura do TCLE. Os dados foram analisados sócio-demográficos e foram avaliados em termos de frequências e proporções para aqueles que representem variáveis qualitativas e média e desvio padrão para as variáveis quantitativas. A análise do SF-36, no que se refere a Saúde (só é aplicado em doentes) foi feita de acordo com as instruções de análise descritas no instrumento. O questionário foi lido para o paciente pois muitos apresentavam diminuição da acuidade visual (Diabetes Mellitus) e considerável número de analfabetos.

a) Aspectos Físicos (AF)

Nesta escala foram adicionados itens para melhor representar os níveis e tipos de limitações entre extremos, incluindo levantar e carregar mantimentos, subir escadas, dobrar-se, ajoelhar e caminhar. As escolhas das respostas foram revisadas para estimar a gravidade de cada limitação e, através disso aumentar a precisão da pontuação. Os itens do SF-36 avaliam neste sentido a capacidade de execução de atividades físicas com ou sem dificuldades, a presença e a extensão das limitações físicas.

b) Capacidade funcional (CF)

A escala de avaliação da capacidade funcional foi adaptada sem variações da escala de função física dos estudos de avaliação de saúde.

Esta escala avalia tanto a presença como a extensão das limitações relacionadas à capacidade física, com três níveis de resposta (muita limitação, pouca limitação, sem limitação).

O SF-36 inclui um subconjunto de 11 itens de capacidade funcional.

c) Dor (DOR)

A escala de avaliação da dor foi baseada numa questão do SF-20 sobre a intensidade da dor, contudo, um segundo item foi adicionado com a finalidade de medir sua extensão ou interferência nas atividades de vida diária do paciente.

d) Aspectos sociais (AS)

Este item avalia os efeitos da saúde física nas atividades sociais. A maioria das medidas de aspectos sociais requer que os entrevistados relatem o número de contatos e atividades ou a frequência de participação em diferentes atividades. Para medir os resultados de saúde, os itens do SF-36 questionam especificamente sobre o impacto dos problemas da saúde física e problemas emocionais nas atividades sociais.

e) Saúde mental (SM)

Neste componente inclui-se um ou mais itens de cada uma com quatro dimensões de saúde mental do 38 – item Mental Health Inventory (MHZ): ansiedade, depressão, perda do controle comportamental ou emocional e bem-estar psicológico, confirmadas em estudo fator analítico do MHI em extensão completa.

f) Vitalidade (VIT)

Uma medida de quatro itens de vitalidade (nível de energia e fadiga), foi adicionado para melhor captar as diferenças no bem estar subjetivo. Os itens selecionados têm um registro de validade empírica e equilíbrio entre itens formulados favoravelmente e desfavoravelmente para controlar os efeitos do conjunto de respostas. Estes itens foram adaptados do Mental Health Inventory (MHI), o qual foi derivado da pesquisa HANES em 1976 pelo Nacional Center for Health Statistics. Todos esses estudos produziram completas avaliações das propriedades psicométricas da escala e documentaram a validade de item – discriminante e a confiabilidade da escala.

g) Estado geral de saúde (EGS)

Este item avalia a percepção do indivíduo em relação a seu estado geral de saúde, as questões de avaliação do estado geral de saúde foram reproduzidas do questionário General Health Rating Index (GHRI), as quais já tinham sido validadas em outros estudos.

h) Variáveis Sócio – Demográficas e de Morbidade

- Sexo
- Procedência
- Estado Civil

- Escolaridade: analfabeto, fundamental, colegial, superior

Morbidade:

- Tempo de tratamento em hemodiálise
- Etiologia da Insuficiência Renal Crônica

Todas as análises foram realizadas através do programa SAS for Windows, v.9.1.3. O SAS é o pacote estatístico mais utilizado pelas grandes corporações, em mais de 100 diferentes países, com cerca de 40.000 licenças distribuídas e quase 4 milhões de usuários. O nome nasceu como um acrônimo: Statistical Analysis System (SAS), mas a quantidade de serviços e produtos oferecidos pela SAS (a companhia que produz o SAS) foi se tornando tão diversa que hoje em dia o nome é simplesmente SAS.

As origens do software datam da década de 70, quando os computadores ainda eram operados por cartões perfurados (o comando CARDS, dentro do passo DATA, vem justamente daí) e o poder de processamento era muito baixo. O software é composto por diversos módulos, que provem soluções para problemas específicos. Os principais módulos são: SAS/Base: é o sistema básico do SAS, necessário para rodar qualquer outro produto SAS. Ele contém o passo DATA, para manipulação de dados e alguns procedimentos estatísticos simples. SAS/STAT: é o módulo que provê uma grande quantidade de métodos estatísticos, como regressão, ANOVA, análise multivariada, análise de sobrevivência entre outros. SAS/GRAPH: é o módulo que permite fazer gráficos em alta resolução. SAS/ETS: é o módulo que permite fazer análise de séries temporais. SAS/EG (ou Enterprise Guide): é uma interface gráfica para o SAS, permitindo fazer algumas análises estatísticas apontando e clicando.

Em uma universidade pública, é possível acesso a licença do SAS para uso acadêmico. Basta preencher o formulário disponível na página do Centro de Computação Eletrônica e enviá-lo por fax para o CCE. Em alguns dias há um e-mail com a licença e instruções para instalação.

Para as variáveis qualitativas utilizou-se de frequências e proporções e para as variáveis quantitativas média e desvio padrão.

Todos os procedimentos realizados foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, em 01/06/2009, seguindo a resolução 196/96 tendo em vista a importância do projeto, riscos e benefícios que deverão ser retornados a população.

4 - Resultados

4 RESULTADOS

Participaram do estudo 40 pacientes acima de 60 anos no setor de hemodiálise da cidade de Avaré. A idade média dos pacientes foi de $66,9 \pm 6,5$ anos sendo a maioria deles do sexo masculino (70%). 57,5% dos pacientes estudados são diabéticos (23 pacientes) e 37,5% são hipertensos (15 deles).

O tempo médio de hemodiálise foi $29,1 \pm 27,7$ meses, média de 29 meses. A renda média dos dialisados foi de R\$ $941,80 \pm 334,90$.

A distribuição dos pacientes por cidade é observada na tabela 1.

Tabela 1 – Procedência dos pacientes em tratamento hemodialítico, Avaré, 2009.

Procedência	Frequência	Porcentagem
Águas Santa Bárbara	2	5,0
Avaré	18	45,0
Itaí	5	12,5
Taquarituba	7	17,5
Taguaí	1	2,5
Iaras	2	5,0
Cerqueira César	1	2,5
Barra Grande	1	2,5
Itaporanga	1	2,5
Manduri	2	5,0
Total	40	100,00

Na tabela 2 observa-se a distribuição dos dados sócio-demográficos. Mostram as baixas escolaridade e renda como fatores de risco para pacientes hemodialíticos.

Tabela 2 – Dados demográficos dos pacientes entrevistados em tratamento hemodialítico, Avaré, 2009.

	Variáveis	Frequência	Porcentagem
Sexo	Masculino	28	70,0
	Feminino	12	30,0
	Total	40	100
Escolaridade	Fundamental	18	45,0
	Analfabeto	7	17,5
	Colegial	8	20,0
	Superior	7	17,5
	Total	40	100
Estado Civil	Casado	20	50,00
	Viuvo	14	35,00
	Solteiro	3	7,50
	Separado	3	7,50
	Total	40	100
Ainda trabalha	N	9	22,5
	S	31	77,5
	Total	40	100
Aposentou após a hemodiálise	N	21	52,5
	S	19	47,5
	Total	40	100
Causa	DM	23	57,5
	HAS	15	37,5
	DÇREN	2	5,0
	Total	40	100

Legenda: DÇRENAL: doença renal; DM: diabetes mellitus; HAS: hipertensão renal crônica; N: não; S: sim.

Para avaliar a qualidade de vida dos pacientes, foi aplicado o SF-36, cujos resultados, por paciente, constam no anexo 4.

Observa-se na tabela 3 que os pacientes apresentam menores escores nos aspectos emocionais.

Tabela 3 – Medidas descritivas dos resultados obtidos do SF-36 para pacientes em tratamento hemodialítico, Avaré, 2009.

Domínios	Média	Desvio Padrão	V Mín	V Máx	Alpha	Med
CF	26,25	17,49	0,00	65,00	0,79	25,00
AF	4,36	20,32	0,00	25,00	0,73	0,00
DOR	51,75	11,52	20,00	90,00	0,31	50,00
EGS	60,62	23,62	5,00	90,00	0,67	67,50
Vitalidade	52,50	28,26	0,00	100,00	0,78	50,00
AS	42,18	13,48	0,00	62,50	-	50,00
AE	0,83	5,27	0,00	33,33	-	0,00
Saúde Mental	62,30	22,07	12,00	100,00	0,57	62,00
Dimensão A	39,10	11,31	19,00	72,00	-	53,00
Dimensão B	35,10	8,52	18,83	52,77	-	36,50
ESCORE	37,60	9,09	20,50	64,79	-	37,21

Legenda: CF: capacidade funcional; AF: aspectos físicos; EGS: estado geral de saúde; AE: aspectos emocionais; V Mín: valor mínimo; V Máx: valor máximo; Alpha: Alpha de Cronbach; Med: mediana.

Para verificar a consistência do SF-36 aos pacientes em tratamento hemodialítico, foi calculado o coeficiente α de Cronbach, que neste caso, mostrou se eficiente, indicando que o instrumento foi consistente para avaliar a qualidade de vida dos pacientes no que tange aos domínios de capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, Saúde Mental.

Observa-se através da tabela 3 que:

CAPACIDADE FUNCIONAL: composto de 10 itens, em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para Capacidade Funcional dentro da escala de valores normalizados do SF-36 o valor máximo foi de 65. O valor médio encontrado foi de 26,25 com desvio padrão de 17,49. A partir desses resultados entende-se que a IRC e a hemodiálise não comprometem totalmente atividades moderadas relacionadas à capacidade funcional, mas que podem ser fatores importantes na presença ou extensão das limitações, relacionadas às atividades vigorosas. Em estudo realizado CASTRO et al. (2005) sobre QV de pacientes com IRC em hemodiálise avaliada através do instrumento SF-36, a média encontrada para Capacidade Funcional foi de 61 com desvio padrão de 31.

ASPECTOS FÍSICOS: composto por quatro itens, em relação aos escores encontrados, o valor máximo para aspectos físicos dentro da escala de valores normalizados do SF-36 foi de 100. O valor médio encontrado foi de 4,36 com desvio padrão de 20,32 e mediana igual a zero. Esses valores obtidos demonstram que existe muito comprometimento dos pacientes estudados em relação aos aspectos físicos.

Em estudo realizado por MARTINS (2005) com 71 pacientes, sobre QV de pessoas com doença crônica, o qual teve como objetivo identificar o significado de QV para as pessoas e verificar a interferência da doença sobre a QV das mesmas, através da utilização para a coleta de dados de um formulário com perguntas abertas e fechadas e com diagnóstico mais frequentes de hipertensão e diabetes, observou-se que a doença crônica interferiu na QV das pessoas por alterar, sobretudo a sua capacidade física (67,6%) entre outras funções. Em outro estudo realizado por MARQUES 2005, sobre avaliação da QV em pacientes renais crônicos utilizando o SF-36, do qual participaram 125 pacientes, o domínio aspectos físicos encontrou-se entre os menores escores (32,3). Para TRENTINI et al. (2004), na fase inicial da doença, é a dimensão biológica que sofre consideráveis transtornos ameaçando os sistemas cardiovascular, gastrointestinal, epitelial, muscular e esquelético. Essas pessoas normalmente têm envelhecimento precoce, descoloração da pele, emagrecimento, edema. Os indivíduos com IRC em tratamento hemodialítico enfrentam sucessivas perdas associadas tanto à dimensão física quanto pessoal. Os índices encontrados neste estudo referem-se principalmente à incapacidade física relacionada à doença crônica, às comorbidades e ao tratamento a que são submetidos. A hemodiálise, que na maioria das vezes proporciona melhorias do ponto de vista físico, estabilizando a pressão arterial, o edema, a falta de ar, é

vista por muitos pacientes referiam estar impossibilitados de realizarem muitas atividades que realizavam anteriormente ao aparecimento da doença, como trabalhar, realizar exercícios físicos, caminhar etc., principalmente aqueles que possuíam outras patologias associadas, os diabéticos, por exemplo. Outros se referiam à questão aspectos físicos, relacionadas às intercorrências clínicas ou complicações que apresentam durante as sessões de diálise ou até mesmo depois: cefaleia, náuseas, câimbras etc., além das limitações físicas devido aos cuidados relacionados à fístula arteriovenosa.

DOR: composto 2 em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para dor dentro da escala de valores normalizados do SF-36 foi de 20 e o máximo de 90. O valor médio encontrado foi de 51,75 com desvio padrão de 11,52 e mediana igual a 50. Os valores demonstram que há comprometimento dos pacientes neste domínio, principalmente relacionado á doença óssea renal, doença esta que afeta o tecido ósseo nos pacientes submetidos á diálise, devido aos efeitos do hiperparatireoidismo secundário ou a doença óssea relacionada ao alumínio e a doença adinamica (doença óssea baixo remanejamento) não é por alumínio, mas por envelhecimento. As pessoas com IRC geralmente apresentam sinais de deterioração músculo-esquelético o que pode ser um fator desencadeante da dor nestes indivíduos. Em estudo realizado por CASTRO et al. (2003) sobre QV de pacientes com IRC em hemodiálise avaliado através do SF-36, o valor médio encontrado para dor foi de 67, valor este um pouco acima do encontrado neste estudo.

ESTADO GERAL DE SAÚDE: composto por cinco itens, encontrou valor mínimo dentro da escala de valores normalizados do SF-36 foi de 5 e o máximo de 90. O valor médio encontrado foi de 60,62 com desvio padrão de 23,62 e mediana de 67,5. Percebe-se através dos dados encontrados que houve pouco comprometimento neste domínio, sendo que na literatura estudada encontram se valores inferiores para estado geral de saúde. No estudo de ROMÃO (1994), citado anteriormente, sobre QV de pacientes em hemodiálise, a média encontrada foi de 54,3, que segundo a autora, dentro dos domínios do SF-36 este estava entre os menores valores, valor este também inferior ao encontrado em nosso grupo de estudo.

VITALIDADE: composto por quatro itens, em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para vitalidade dentro da escala de valores normalizados do SF-36 o valor máximo de 100. O valor médio encontrado foi de 52,5 com desvio padrão de 28,26 e mediana igual a 50. Entende-se que esse valor mediano encontrado relaciona se quase que diretamente com o próprio processo hemodialítico pelo qual passam os pacientes, visto que a maioria das

respostas obtidas refere-se à fadiga, principalmente ao final da sessão de hemodiálise e energia diminuída na realização das atividades que necessitam ser realizadas neste mesmo dia. Estudo sobre fadiga em pessoas submetidas à hemodiálise mostrou que há relação entre fadiga e os fatores físicos e psicossociais. Porém o tempo de duração das sessões de hemodiálise influi diretamente na sobrevivência dos pacientes, maior tempo de hemodiálise maior qualidade de vida, menores repercussões hemodinâmicas. No Japão a sessão dura quatro horas e meia, nos países Europeus quatro horas e nos americanos a sessão fica em três horas e meia. Sabe-se que o tempo muitas vezes é reduzido pela alta demanda de pacientes e setor de hemodiálise insuficientes aos números de pacientes. Isto sugere que não se pode dispensar cuidados a um problema isolado, mesmo que este seja uma manifestação física, representada pela fadiga, esta deverá ser tratada dentro do contexto de vida da pessoa. No estudo realizado por MARTINS (2005), constatou-se prejuízo na QV dos pacientes estudados, demonstrando também, entre menores escores, a dimensão vitalidade (48,7%) com desvio padrão de 7,3. Em outro estudo, também sobre QV de pacientes com IRC em programa de hemodiálise realizado por ROMÃO (1994), a média de valores para cada componente do SF-36 situou-se entre 60 e 80, sendo que o domínio vitalidade encontrou-se entre os menores valores (61,7%).

ASPECTOS SOCIAIS: composto por dois itens, em relação aos escores encontrados, o valor mínimo foi de 12,5 e o máximo de 62,50. O valor médio encontrado foi de 42,18 com desvio padrão de 13,48 e mediana de 50. GOMES (1997) por outro lado, salientou em seu estudo que dos 30 pacientes estudados, cerca de 63%, ocupavam todo o seu tempo com a cronicidade da doença e ou com o tratamento. Isto significa que o paciente fica absorvido e comprometido psicologicamente, de tal forma que pouco tempo lhe resta para a vida familiar, social e afetiva e ou para uma vida mais produtiva. No estudo realizado por ROMÃO (1994) este domínio obteve um valor médio elevado, igual a 80,3.

ASPECTOS EMOCIONAIS: composto por três itens, o valor máximo de 33,33. O valor médio encontrado foi de 0,83 com desvio padrão de 5,27. No estudo de MARTINS (2005), um dos menores escores encontrados foi referente ao aspecto emocional, a qual utilizou o mesmo instrumento de medida, este domínio encontrou-se entre os maiores valores obtidos com valor médio de 79,6.

Nos períodos iniciais do uso da diálise, todos os esforços eram dedicados para a manutenção da vida; desde então, progressos muito significativos foram feitos nesse sentido, e, atualmente, essa manutenção já é conseguida de forma mais consistente. Abre-se, assim,

espaço para outro tipo de preocupação, qual seja a dos aspectos emocionais desses pacientes e a preocupação com sua qualidade de vida.

Os fatores que mais frequentemente podem influenciar a evolução dos pacientes renais crônicos podem ser divididos em dois grupos: fixos – aqueles que não podem ser modificados pelo paciente ou médico e incluem idade, doença concomitante, gênero e raça; variáveis – os que podem ser modificados e incluem depressão, suporte social e status marital. A etiologia da depressão é usualmente associada com alguma perda – e as perdas são normalmente numerosas e duradouras para o paciente com doença renal. Existe a perda da função renal, da sensação de bem-estar, de seu papel tanto na família quanto no trabalho, perda de tempo, de fontes de recursos financeiros, da função sexual, entre outras. A isso se devem acrescentar características de personalidade do paciente, além de uma eventual predisposição genética para a depressão. Existe uma associação direta entre idade e mortalidade. Os fatores relacionados à idade que podem explicar tais achados não são difíceis de identificar: na medida em que esta aumenta, uma série de fatos ocorre concomitantemente: maior possibilidade de comorbidades, maior incidência de depressão, perdas diversas (seja de cônjuges, suporte social ou capacidade econômica), o próprio processo de envelhecimento.

Além do impacto da doença e tratamento, há o desgaste físico e o estresse mental e emocional devido à dependência de um tratamento doloroso, de duração e consequências incertas, a dependência de uma máquina e de uma equipe especializada, além da necessidade de assumir o esquema terapêutico para a manutenção da vida.

SAÚDE MENTAL: cinco itens, o valor mínimo para Saúde Mental foi de 12 e o máximo de 100. O valor médio encontrado foi de 62,3 com desvio padrão de 22,7 e mediana igual a 62. Pelo valor obtido, observou-se que o grupo estudado apresentou algum comprometimento em relação à Saúde Mental. Ao avaliar o aspecto subjetivo dos pacientes, GOMES (1997) em seu estudo sobre QV dos pacientes em hemodiálise, levantou dados que o levaram a crer que algo acontece na vida psíquica do sujeito, um tipo de construção psíquica é elaborada com o passar do tempo em hemodiálise, mesmo que inconscientemente, como forma de lidar com a angústia do confronto com o relação, com a morte, com o que o autor mesmo denomina de ritual traumático, vivido pelo paciente em hemodiálise, assimilada, elaborada, mesmo que morbidamente. De um lado, se o paciente com menos tempo de hemodiálise é mais suscetível a crises emocionais e do, outro lado, o paciente com mais tempo de tratamento tolera emocionalmente melhor sua doença, os dados empíricos da pesquisa indicam que essa tolerância se promove em torno de uma morbidez, de uma tolerância estática ao insatisfatório

e de uma tentativa de torná-lo satisfatório. Para ALMEIDA (2003), a saúde mental dos portadores de IRC ainda é um aspecto do tratamento que tem sido negligenciado, este relata que estudos têm apontado para um importante papel da depressão na QV, muitas vezes superior ao das variáveis físicas. Os transtornos mentais, notadamente a depressão, estão relacionados à incapacidade do paciente, aumento da não aderência aos tratamentos, do suicídio e da mortalidade por causas naturais. A não aderência pela depressão pode ser mediada por alguns de seus sintomas como desesperança, perda de motivação e energia, dificuldade de concentração e memória e isolamento social.

Além dos domínios abordados pelo SF-36, têm-se duas dimensões: dimensão A (físicos), a qual se refere se à capacidade física, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde e vitalidade, e a dimensão B (mental e emocional e), que se refere a aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

No presente estudo, os aspectos físicos apresentaram média de $39,10 \pm 11,31$ e os aspectos mentais, $35,10 \pm 8,52$, o que indica que os pacientes apresentam maior comprometimento mental emocional.

5 - Discussão

5 DISCUSSÃO

A IRC, 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.(VALDERRÁBANO; JOFRE; LÓPEZ-GOMEZ, 2001; ROMÃO JUNIOR et al., 2003) bem como o aumento da sobrevivência dessas pessoas devido à melhoria da terapêutica dialítica e realização do transplante renal. Os pacientes com IRC experimentam sintomas que podem afetar suas atividades diárias e a progressão da doença adicionado aos tratamentos, causam impacto na condição de saúde e QV percebidas pelos próprios pacientes.

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 (74%) paciente do sexo masculino e 27.921 (26%) do sexo feminino. Em nosso estudo, a média de idade foi de $66,9 \pm 6,5$ anos, com uma frequência foi de 70% do sexo masculino e 30% feminino. O predomínio do sexo masculino na população estudada corrobora com os resultados de outros estudos de pacientes com Insuficiência Renal Crônica 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).

Quanto aos achados relacionados à escolaridade, conforme mostrado na tabela 2, estão de acordo com a realidade brasileira, na qual grande parcela da população desta geração, tem relativamente baixa escolaridade. SESSO, RODRIGUES NETO e FERRAZ (2003), quando investigaram o impacto socioeconômico na qualidade de vida de pacientes IRC, identificaram resultados semelhantes com o presente estudo, ou seja, mais de 45% dos pacientes tinham somente o ensino fundamental o que corresponde a 8 anos ou menos de estudo; 20% colegial; 17,5% analfabeto e ensino superior.

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

A maioria dos pacientes deste estudo (77,5%) não trabalha sendo que maioria não se aposentou devido à hemodiálise (52,5%) e a renda mensal informada foi baixa. Tem-se assim

que, pacientes que não apresentam vínculo com trabalho, dependiam da aposentaria e/ou auxílio-doença. 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.

Conclui-se que a IRC e os tratamentos não constituem impedimento direto e absoluto ao trabalho, mas causam limitações aos pacientes, muitas vezes ocasionando os afastamentos e aposentadorias decorrentes da doença.

Segundo os dados de inquéritos realizados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia em 1996/1997, nos quais são apontadas como principais causas da IRC: hipertensão arterial (24%), glomerulonefrites (24%) e diabetes mellitus (57,5%) (SESSO, 2002). Neste estudo evidenciou-se DM 57,5%, HAS 37,5%, (doenças relacionadas ao envelhecimento) com alterações renais que levam a insuficiência renal. É de extrema relevância reconhecer o quadro das doenças que causam as IRC 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 com média de 29,1 \pm 27,7 meses, variando entre o mínimo de 1 mês a um máximo de 120 meses. Segundo SESSO (2002), a sobrevida atual dos pacientes com IRC, após um ano de diálise no Brasil, tem estado em torno de 80%, e entre 1 e 5 anos de tratamento.

Neste estudo observou-se a relação existente entre o tempo de hemodiálise ser maior entre os hipertensos e menor nos diabéticos.

A utilização do instrumento SF-36 neste estudo possibilitou avaliar a QV dos pacientes de 60 anos e acima, com IRC em tratamento por hemodiálise da cidade de Avaré-SP. 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; MELIN, 2006). Porém, a maioria dos questionários não se reporta à definição desses valores, assim como o SF-36 que preconiza os escores variando de 0 a 100, cujos valores menores que se aproximam de zero, indicam estar com a saúde menos favorável, enquanto os valores maiores que se aproximam de 100 indicam melhor QV (HAYS et al., 1994; DUARTE, 2003). Assim como recomenda FAYERS e MACHIN (2000), para este estudo foram apresentadas comparações das diferenças entre médias encontradas e a literatura científica.

6 - Conclusões

6 CONCLUSÕES

A IRC, enquanto doença crônica não transmissível, bem como o seu tratamento contínuo por longo período, afeta vários aspectos da vida dos pacientes, daí importância do estudo e avaliação da QV dos pacientes renais.

Neste estudo todos os valores da dimensão A (aspectos da saúde) foram superiores e a média menor foi de B (aspectos psicológicos) o que sugere se afirmar que os pacientes têm melhor saúde física e maior comprometimento psicológico. Os valores de Alpha de Cronbach na análise geral e por domínio apresentou-se na maioria dos aspectos consistente.

Dentre as dimensões a média da Saúde Mental foi de maior valor e aspectos emocionais o menor, o desvio padrão é maior do estado geral de Saúde e o menor foi dos aspectos emocionais.

Quanto aos valores mínimos são menores na capacidade funcional, aspectos físicos, vitalidade, aspectos sociais e emocionais e a dor tem maior valor.

A vitalidade e a Saúde Mental apresentaram maiores valores máximos e os menores foram dos aspectos emocionais.

Os maiores valores de comprometimento da mediana está no estado geral de Saúde e a menor mediana refere-se à capacidade funcional.

A variável aspectos emocionais apresenta menor média, desvio padrão, valor mínimo e mediana.

O estado geral de Saúde apresenta-se maior no valor máximo e mediana.

O estudo apresentou escores baixos com relação aos aspectos emocionais e melhores aos aspectos físicos.

A presença de uma doença crônica está em alguns aspectos associada à piora da QV de uma população. Os avanços da tecnologia em hemodiálise contribuíram para aumento da sobrevivência, mesmo vivendo com este tipo de doença e com repercussões no bem-estar físicos e papel social, os pacientes estudados apresentaram satisfatória saúde.

O SF-36 mostrou-se como um instrumento bom para avaliação da QV de pacientes em hemodiálise na cidade de Avaré principalmente, neste estudo, para capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de Saúde, vitalidade e Saúde Mental onde apresenta-se maiores valores do alpha de Cronbach.

A avaliação da QV por meio do SF-36 auxilia os profissionais de saúde em Nefrologia a diagnosticar as condições de saúde individuais e coletivas e assim subsidiar o planejamento

do cuidado. A utilização periódica da QV, adicionada á evolução clinica dos pacientes, pode contribuir para a avaliação global do tratamento dos pacientes com IRC.

Com os dados obtidos,claramente,observa se que no inicio do tratamento os pacientes apresentam alterações físicas e posteriormente,o aspecto mais acometido é o emocional.sendo assim, propõe se a implantação de um serviço Fisioterapeutico aos hemodialiticos,mediante avaliação,seja através de eletro termo foto terapia,massoterapia,para alivio de dores articulares e musculares e exercícios protocolados para melhora da capacidade física,alongamento e fortalecimento e de acordo com cada paciente a intervenção poderá ser antes,durante ou após a sessão hemodialítica.

Os profissionais da área da Saúde deveriam, adotar, na sua prática, a aplicação de instrumentos de avaliação da QV para subsidiar melhor a comunicação entre os profissionais que assistem os pacientes com IRC, priorizar os problemas de maioria impacto na QV, do ponto de vista dos próprios pacientes, assim como realizar o planejamento e implementação das ações específicas da saúde.

7 - Referências Bibliográficas

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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 Riberão Preto – Universidade de São Paulo, Riberão Preto, 2005.
- AJZEN, H. Insuficiência renal crônica. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J. A.; VALLE, J. R. **Atualização Terapêutica**. São Paulo, Artes Médicas, 1991. p.331-4.
- ALMEIDA, A. M. Revisão: A importância da Saúde Mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. **J. Bras. Nefrol.** 2003; 25(4):209-14.
- ATTREE, M. An analysis of the concept “quality” as it relates to contemporary nursing care. **Int. J. Nurs. Stud.**, v.30, n.4, p. 355-69, 1993.
- AUQUIER, P. SIMEONI, M. C. MENDIZABAL, H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Rev. Prevenir* 1997; 33:77-86. Apud MINAYI, M. C. X.; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Colet.** 2005; 5(1):7-18.
- BARBOSA, D. A, GUNJI, A., KONJO, C.; BITTENCOURT, A. R. de C.; BELASCO, A. G. S. Mortalidade de pacientes em início de diálise, **Acta. Paul. Enf.** v. 19, n.3, p.304-309, 2008.
- BASTOS, M. G. **I Encontro Nacional de prevenção e tratamento da doença renal crônica: a grande epidemia do milênio-integração dos níveis de atenção a doença renal crônica**, 2006, Disponível em: www.sbn.com.br. Acesso em: 22 ago. 2007.
- 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.
- 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.
- BOHLKE, 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.
- BORGES, Z. N. Motivações para doar e receber: estudo sobre transplante renal entre vivos. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro, FioCruz, 1998. cap.10, p. 169-79.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de Saúde: anuário estatístico de Saúde Brasil 2001**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicações/anuário2001/morb/imorbt28.1.cfm>. Acesso em: 13 jul. 2009.

- 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 endstage 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. **Nefrologia: guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. São Paulo: Manole, 2002. p.195-209.
- CARMICHAEL, P.; POPOOL, J; JOHN, I; STEVENS, P. E.; CARMICHAEL, A. R. Assesment 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. C; CAIUBY, A. V. S; DRAIBW, A. S; CANZIANI, M. A. F. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo: 2003; 49:ISSN 0104-4230.
- CASTRO, 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.
- CASTRO, M., et al. Qualidade de Vida do Paciente com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise - Avaliação Através do Instrumento Genérico SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.49, n-3, 2005
- CELLA, D.; NOWINSKI, C. J. Measuring quality of life in chronic illness: the functional assessment of chronic illness therapy measurement system. **Arch PhysMed Rehabil**, 83 (Supl 2): S10-7, 2002.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Measuring healthy days – population assessment of health-related quality of life**. Atlanta, Georgia: CDC, 2000.
- CIANCIARULLO, T. I. Cidadania e qualidade de vida. In: CIANCIARULLO, T. I.; FUGULIN, F. M. T.; ANDREONI, S. **A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial**. C&Q. São Paulo: Ícone, 1998. cap. 3, p.31-6.
- CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida** “Medical Outcomes Study 36-Item”
- 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.314, p.179-93.

- DUARTE, P. S.; MIYAZAKI, M. C. O. C.; 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.
- EBRAHIM, S. Clinical and public health perspectives and applications of healthrelated quality of life measurement. **Soc. Sci. Med.**, 41 (10): 1383-94, 1995.
- EXECUTIVE SUMMARY OF THE RENAL PHYSICAIANS ASSOCIATION (RPA) CPG
Rockville MD, **Renal Physicians Association**, October 2002.
- FARQUHAR, M. Definition of quality of life: a taxonomy. **J. Adv. Nurs.**, 22: 502-8, 1995.
- FAYERS P. M.; MACHIN, D. **Quality of life**. Assessment, analysis, and interpretation. Chichester: John Wiley, 2000.
- FERRANS, C. E.; POWERS, M. J. Qualitu of line hemodialysis patients. **ANNA Journal**. v.20, n.5, p.575-81, 1993.
- FERRANS, C. E. Conceptualisations of quality of line in cardiovascular research. **Prog. Cardiovasc. Nurs.** v.7, n.1, p2-6, 1992.
- FERRAZ, M. B. **Qualidade de Vida**: conceito e um breve histórico. São Paulo: 2003; (4):219-22.
- 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. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência &Saúde Coletiva**, 5 (1): 33-8, 2000
- FLECK M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G. Desenvolvimento da versão em português do instrumento da avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatria**, v.21, n.1; p.19-28, 1999.
- GIANCHELLO, A. L. Health outcomes research in Hispaniccs/ Latinos. *J. Med. Systems*. 1996; 21(5):235-54. Apud MINAYO, M. C X., HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Colet**. 2005; 5(1):7-18.
- GILL, T. M.; FEINSTEIN, A. R. A critical appraisal of the quality o quality of life measurements. **JAMA**, v.272, n.8, p.619-26, 1994.
- GOMES, C. M. A. Descrição da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise. **Rev. méd.** Minas Gerais, v.7, n.2/4, p.60-3, 1997.
- GUALDA, D. M. R. Humanização do processo de cuidar. In: CI ANCI ARULLO, T. I.; FUGULIN, F. M. T.; ANDREONI, S. **A hemodiálise em questão**: opção pela qualidade assistencial. C&Q. São Paulo, Ícone, 1998, cap.2, p.23-30.

GUYATT, G. H.; NAYLOR, D.; JUNIPER, E.; HEYLAND, D. K.; JAESCHKE, R.; COOK, D. J. Users' guides to medical literature: how to use article about related quality of life. **JAMA**, 277 (15): 1232-37, 1997.

HARRIS, L. E. Clinical correlates of functional status in patients with chronic renal insufficiency. **Am. J. Kidney Dis.** v.21, n.2, p.161-6, 1993.

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

HARRIS, R. C; NEILSON, E. G. Toward a unified theory of renal progression. **Annu. Rev. Med.**, 57365-80, 2006.

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: Santa Monica, CA: RAND, P-7994, 1997. Disponível em: <http://gim.med.ucla.edu/kdgol/>. Acesso em: 11 jun. 2008.

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

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

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.

IWAMOTO, H. H. **O paciente renal crônico: retrato de uma realidade**. Ribeirão Preto, 1998. 143 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

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.

KATZ, S. The science of quality of line. **J. Chronic. Dis.** v.40, n.6, p.459-63, 1987.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do "Quality of life Index", de Ferrans e Powers** (Livre Docência). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: 1999.

KLANG, B. et AL. Patients with chronic renal failure and their ability to cope. **Scand. J. Caring. Sci.** v.10, n.2, p.89-95, 1996.

- LAUPACIS, A.; O CONNOR, M.; BIGGS, J.; DRAKE, E.; YESTISIR, E; HART, G.; MANSON-HING, M.; A Patient Decision Aid Regarding Antithrombotic Therapy for Stroke Prevention in Atrial Fibrillation: A Randomized Controlled Trial and for the Stroke Prevention in Atrial Fibrillation I. **JAMA**. August 25, 1999 282:737.
- LAURSEN, B. S.; BAJAJ, P.; OLESEN, A. S.; DELMAR, C.; ARENDT-NIELSEN, L. Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain. **Eur J. Pain**, 9: 267-75, 2005.
- 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.
- LIMA, A. F. C.; GUALDA, D. M. R. Reflexão sobre qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise, **Nursing.**, p.20-30, 2000.
- LOK, P. Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. **J. Adv. Nurs.**, v.23, p.873-81, 1996.
- 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.
- LOPES, G. "Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe". **Kid. Int.** 62:199-207, 2001.
- MANDIGERS, C. M. P. W. et al. Renal replacement therapy in the elderly. **Netherlands J. Medicine**, v.49, p.135-42, 1996.
- MARQUES, A. B., PEREIRA, R., CARLOS, R. D. C. Motivos da frequência de internação dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica em tratamento hemodialítico. **Arq. Ciências Saúde**; vol.12, n.2, p.67-72, abr./jun., 2005.
- MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13, n.5, p.670-676, 2005.
- MELLIN, V; MULDER, P.; FAVRE, J.; VERCAUTEREN, M.; REMYJOUET, I.; MONTEILI, G.; RICHARD, V. RENET, S.; HENRY, P. J.; JENG, A. Y. et al. Aldosterone synthase inhibition improves cardiovascular function and structure in rats with heart failure: a comparison with spironolactone. **Eur. Heart J.**, September 1, 2006; 29(17): 2171 – 2179.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e Saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2000, 5(1):7-18.
- MOLZAHN, A. E. – Quality of Life after Organ Transplantation. **Journal of Advanced Nursing**; nº 16 ; 1998 ; p. 1042 – 1047

MORAG, N.; KOREN, GOLDBOURT, U.; TANNE, D. Renal dysfunction and risk of ischemic stroke or TIA in patients with cardiovascular disease. **Neurology**. 1995. jul. 25;67(2):224-8.

NÚÑEZ, M.; SANCHEZ, A.; NUÑEZ, E.; CASALS, T.; ALEGRE, C.; MUNÓZ GOMEZ, J. Patients' perceptions of health related quality of life in rheumatoidarthritis and chronic low back pain. **Qual. Life. Res.**, 15: 93-102, 2006.

OLIVEIRA, A. G. C. **Convivendo com a doença crônica da criança: a experiência da família**. São Paulo, 1994. 141p. Tese (Doutorado) – Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. Em: PAPALETTO, M., org. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 311–23.

PRADO, F. C. Diálise crônica e transplante renal. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J. A.; VALLE, J. E. **Atualização Terapêutica**. São Paulo: Artes Médicas, 1991. p.334-7

REMEN, R. N. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993.

REYNOLDS, J. E. F., ed. (1993) Martindale: The Extra Pharmacopoeia, 30th Ed., London, **The Pharmaceutical Press.**, p. 616-617.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroletrolíticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROCHA, A. D.; OKABE, I.; MARTINS, M. E. A.; MACHADO, P. H. B.; MELLO, T. C. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? **Ciência & Saúde Coletiva**, 5 (1): 63-81, 2000.

ROCHA, P. P. R. et al. Sobrevida em diálise: análise do desempenho de um centro satélite (6 anos). **J. Bras. Nefrol.** v.12, n.2, p.40-4, 1990.

RODRIGUES, J. F. Neto. **Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise: um estudo prospectivo** (Doutorado). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2003.

RODRIGUES, J. F. **Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise: um estudo prospectivo** (Doutorado). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2001.

RODRIGUES, J. F. Neto; FERRAZ, M. B. Impact of socioeconomic status on quality of life of ESRD patients. **Am. J. Kidney Dis.** 2000; 41:186-95.

ROMÃO JÚNIOR, J. E. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **J. Bras. Nefrol.** 2004; 26:1-3.

ROMÃO JÚNIOR, J. E. Insuficiência renal crônica. In: CRUZ, J.; PRAXEDES, J. N.; CRUZ, H. M. M. **Nefrologia**. São Paulo: Sarvier, 1994. cap.17, p.187-200.

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 diálise do Brasil. **J. Bras. Nefrol.**, v.25, n.4, p.188-99, 2003.

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

RUBINS, M. F.; AYUS, J. C.; ACHINGER, S. G.; LEE, S.; SAYEGH, M. H; Go, A.S. ; SCHOLD, J. D.; SANTOS, A.; REHMAN,S.; MAGLIOCCA, F. Sizzling Issues in Clinical Renal Transplantation. Published ahead of print on January 21, 2004. **Clin. J. Am. Soc. Nephrol.** 5: 169-172, 2010.

SALGADO FILHO, N. I Encontro Nacional de Prevenção e Tratamento da Doença Renal Crônica. **J. Brás. Nefrol.**, p. 3, 14 set. 2005. Disponível em: < www.sbn.com.br >. Acesso em: 22 ago. 2009.

SAUPE, R.; BROCA, G. S. Indicadores de Qualidade de Vida como tendência atual de cuidado a pessoas em hemodiálise. **Rev. Texto Contexto Enferm.** 2004 jan./mar; 13(1): 100-6.

SCRIERI, R. W; WANGW, P.; MITRA, B, A. Acute renal failre-definitions diagnoses, pathogenesis and therapy. **J. Clin. Invest.**, vol.114, n.1, p.5-14, 2004.

SESSO, R. Epidemiologia da Insuficiência renal crônica no Brasil. In: AJZEN, H. SCHOR, N. **Nefrologia: Guias de Medicina**. Barueri: Manole, 2002, p.1-6.

SESSO,R. Epidemiologia da Insuficiência Renal Crônica no Brasil. In: SCHOR, N. **Guia de Nefrologia**. São Paulo: Manole, 2002.

SESSO, R.; NEHMI, Y.; BARBOSA D.; MACHADO, C. E.; SATO, I.; PESTANA, J. O. Qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica terminal. **J. Bras. Nefrol.** 2003; 9:24-8.

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

SMELTEZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan , 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN), 2007. Disponível em: <http://www.snb.org.br/publico/rim.htm>. Acesso em: 01 mar. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2005. Disponível em: <http://www.snb.org.br/censo>. Acesso em: 13 mar. 2009.

SOUSA, F.; ARAUJO, G. M. de; MONTEIRO, T, L. de, GOMES, S. Anemia ferropriva-prevalência e fatores de risco associados. **Revist. do Hosp. UFMA**, vol.1, n.12, p.21-28, jan./abr./mai./ago. 2004.

SOUSA, F.; ARAUJO, G. M. de; MONTEIRO, T. L. de, GOMES, S. Anemia ferropriva-prevalência e fatores de risco associados. **Revist. do Hosp. UFMA**, vol.1, n.12, p.21-28, jan./abr./mai./ago. 2003.

SUMMONS, R. E; WALTER,M.R. Molecular fossils and microfossils of procaryotes and protists from Proterozoic sediments. **Amer. J. Sci.** 290-A: 212-244, 1990.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci.i Med.** 1995; 41:1403-10.

TRENTINI, M.; CORRADI, E. ARALDI, M.A.R; TIGRINHO, F. C. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais, e emocionais. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, 2004; 13(1):74-82.

VALDERRABANO, 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.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, D. **The MOS 36-item short-form health survey (SF 36)**. I. Conceptual framework and item selection. *Med care*, 1992, 30: 473 – 81.

WOOD-DAUPHINEE, S. L. Assessment of back-related quality of life. **Spine**, 26(8): 857-61, 2001.

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.

XUAN, J.; KIRCHDOER,F.E.R; BOYER, J. G.; NORWOOD, G. N. Effects of comorbidity on health-related quality-of-life scores: an analysis of clinical trial data. **Clin Ther**, 21 (2): 383-403, 1999.

YOSHIHIRO, M. M. **Time of diagnosis of chronic renal failure**. 27(2):117-24, 1997.

Anexos

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Terminologia Obrigatória em Atendimento à Resolução 196/96 – CNS – MS)

“Avaliação da qualidade de vida dos pacientes idosos em tratamento hemodialítico na cidade de Avaré/SP”

O senhor está sendo convocado a participar de uma pesquisa que objetiva avaliar qualidade de vida dos idosos em tratamento hemodialítico atendidos no setor de hemodiálise de Avaré, SP. Para isto, será utilizado um questionário específico sobre qualidade de vida. A recusa não implicará em nenhum prejuízo ao senhor, como também poderá se recusar a responder qualquer questão ou desistir de participar a qualquer momento.

Os riscos desta pesquisa são mínimos, não apresentando desconforto ou inconveniências. Os dados coletados são confidenciais e o benefício para os participantes será de contribuir para uma melhora na qualidade de vida do paciente renal, disponibilizando os resultados a serem encontrados para uso no Sistema de Saúde Complementar SUS.

Você poderá contatar o investigador no telefone (014) 9773-0091 / 3815-5223 / 3811-6272 (José Eduardo) ou a Comissão de Ética da UNESP se tiver qualquer pergunta .

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento para sua informação e arquivo e outra cópia será mantida pelo pesquisador.

Li a informação acima. Foi-me dada oportunidade para questões e minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente. Concordo em participar nesta pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de consentimento.

Data: ___/___/___

Entrevistado

Pesquisadora

Fabiana Aparecida Ferreira – Pesquisadora

Rua Minas Gerais, nº 969 – Avaré/SP / Telefone: (14) 9790-1122 /37320612

ANEXO 2

Frequências para cada questão

Como é sua saúde	Frequência	Porcentagem
excelente	8	20,00
Muito boa	14	35,00
boa	11	27,50
ruim	2	5,00
Muito ruim	5	12,50

Saúde com relação há um ano	Frequência	Porcentagem
Muito melhor	11	27,50
Um pouco melhor	13	32,50
Quase a mesma	5	12,50
Um pouco pior	10	25,00
Muito pior	1	2,50

Atividade vigorosa	Frequência	Porcentagem
Muita dificuldade	37	92,50
Pouca dificuldade	3	7,50

Atividade moderada	Frequência	Porcentagem
Muita dificuldade	34	85,00
Pouca dificuldade	6	15,00

Carregar mantimentos	Frequência	Porcentagem
Muita dificuldade	27	67,50
Pouca dificuldade	13	32,50

Subir vários lances de escadas	Frequência	Porcentagem
Muita dificuldade	32	80,00
Pouca dificuldade	7	17,50
Sem dificuldade	1	2,50

Subir um lance de escadas	Frequência	Porcentagem
Muita dificuldade	1	2,50
Pouca Dificuldade	7	17,50
Sem Dificuldade	32	80,00

Curvar, ajoelhar	Frequência	Porcentagem
Muita dificuldade	23	57,50
Pouca dificuldade	12	30,00
Sem dificuldade	5	12,50

Andar mais de um km	Frequência	Porcentagem
Muita dificuldade	28	70,00
Pouca dificuldade	8	20,00
Sem dificuldade	4	10,00

Andar vários quarteirões	Frequência	Porcentagem
Muita dificuldade	27	67,50
Pouca dificuldade	12	30,00
Sem dificuldade	1	2,50

Andar um quarteirao	Frequência	Porcentagem
Muita dificuldade	11	27,50
Pouca dificuldade	20	50,00
Sem dificuldade	9	22,50

Tomar banho,vestir-se	Frequência	Porcentagem
Muita dificuldade	6	15,00
Pouca dificuldade	5	12,50
Sem dificuldade	29	72,50

Menor tempo dedicado ao trabalho	Frequência	Porcentagem
Sim	38	95,00
Não	2	5,00

Realizou menos atividades físicas no trabalho	Frequência	Porcentagem
Sim	40	100,00

Limitação trabalho física	Frequência	Porcentagem
Sim	40	100,00

Dificuldade trabalho física	Frequência	Porcentagem
Sim	39	97,50
Não	1	2,50

Dificuldade trabalho emocionalmente	Frequência	Porcentagem
Sim	40	100,00

Menos atividades que gostaria deprimido	Frequência	Porcentagem
Sim	40	100,00

Não fez com tanto cuidado como faz	Frequência	Porcentagem
Sim	39	97,50
Não	1	2,50

Interferência emocional ou físico interfere atividade social	Frequência	Porcentagem
Nenhuma	16	40,00
Ligeiramente	12	30,00
Moderadamente	1	2,50
Bastante	1	2,50
Extremamente	10	25,00

Dor	Frequência	Porcentagem
Nenhuma	25	62,50
Muito leve	4	10,00
Leve	2	5,00
Moderada	2	5,00
Grave	7	17,50
Muito grave	0	0,00

Dor interferiu trabalho ou casa	Frequência	Porcentagem
Nenhuma	29	72,50
Pouco	3	7,50
Moderadamente	1	2,50
Bastante	2	5,00
Extremamente	6	12,50

Quanto tempo animado	Frequência	Porcentagem
Sempre	19	47,50
Maior tempo	1	2,50
Boa parte tempo	2	5,00
As vezes	4	10,00
Poucas vezes	2	5,00
Nunca	12	30,00

Nervoso	Frequência	Porcentagem
Sempre	10	25,00
Maior tempo	11	27,50
Boa parte tempo	7	17,50
As vezes	12	30,00
Poucas vezes	0	0,00
Nunca	0	0,00

deprimido	Frequência	Porcentagem
Sempre	7	17,50
Maior tempo	3	7,50
Boa parte tempo	3	7,50
Às vezes	15	37,50
Poucas vezes	6	15,00
nunca	6	15,00

Calmo	Frequência	Porcentagem
Sempre	19	47,50
Maior tempo	2	5,00
Boa parte tempo	2	5,00
As vezes	5	12,50
Poucas vezes	5	12,50
nunca	7	17,50

Muita energia	Frequência	Porcentagem
Sempre	10	25,00
Maior tempo	2	5,00
Boa parte tempo	5	12,50
As vezes	11	27,50
Poucas vezes	5	12,50
Nunca	7	17,50

Desanimado	Frequência	Porcentagem
Sempre	2	5,00
Maior tempo	2	5,00
Boa parte tempo	3	7,50
As vezes	20	50,00
Poucas vezes	2	5,00
Nunca	11	27,50

Esgotado	Frequência	Porcentagem
Sempre	13	32,50
Maior tempo	2	5,00
Boa parte tempo	16	40,00
As vezes	2	5,00
Poucas vezes	7	17,50
Nunca faltou	0	0,00

Quanto tempo esgotado	Frequência	Porcentagem
Sempre	23	57,50
Maior tempo	5	12,50
Boa parte tempo	4	10,00
Às vezes	1	2,50
Poucas vezes	7	17,50
Nunca	0	0,00

Feliz	Frequência	Porcentagem
Sempre	7	17,50
Maior tempo	3	7,50
Boa parte tempo	5	12,50
As vezes	12	30,00
Poucas vezes	4	10,00
Nunca	9	22,50

Cansado	Frequência	Porcentagem
Sempre	11	27,50
Maior tempo	4	10,00
Boa parte tempo	11	27,50
As vezes	4	10,00
Poucas vezes	10	25,00
Nunca	0	0,00

Adoeço mais fácil	Frequência	Porcentagem
Definitivamente verdadeiro	16	40,00
Maioria verdade	1	2,50
Não sei	3	7,50
Maioria falso	20	50,00
Definitivamente falso	0	0,00

Sou tão saudável	Frequência	Porcentagem
Definitivamente verdadeiro	22	55,00
Maioria verdade	7	17,50
Não sei	1	2,50
Maioria falso	1	2,50
Definitivamente falso	9	22,50

Saúde vai piorar	Frequência	Porcentagem
Definitivamente verdadeiro	9	22,50
Maioria verdade	2	5,00
Não sei	3	7,50
Maioria falso	4	10,00
Definitivamente falso	22	55,00

Saúde excelente	Frequência	Porcentagem
Definitivamente verdadeiro	24	60,00
Maioria verdade	4	10,00
Não sei	4	10,00
Maioria falso	8	20,00
Definitivamente falso	0	0,00

Valor do coeficiente α de Cronbach

Variáveis	Alpha
Bruto	-.182675
Padronizado	0.307278

Valores de α de Cronbach, deletando-se item a item.

Item deletado Variáveis	Correlação		Correlação	
	Com o total	Alpha	Com o total	Alpha
Q1	0.061199	-.214690	-.146202	0.345305
Q2	0.104858	-.232728	0.042739	0.305237
Q3a	-.196765	-.165571	-.062993	0.327940
Q3b	0.016212	-.185300	0.244005	0.259996
Q3c	0.093087	-.198641	0.319139	0.242406
Q3d	0.330537	-.238351	0.398549	0.223391
Q3e	0.141956	-.223173	0.465672	0.206973
Q3f	0.192771	-.234105	0.397111	0.223740
Q3g	0.018055	-.188566	0.241019	0.260687
Q3h	0.214306	-.223077	0.374400	0.229220
Q3i	0.044341	-.195437	0.244216	0.259947
Q3j	0.182827	-.232000	0.196363	0.270949
Q4a	0.184549	-.236392	0.270929	0.253737
Q4d	-.253189	-.169557	-.248428	0.366049
Q5c	0.262830	-.197016	0.273816	0.253063
Q6	-.236884	-.065352	-.257610	0.367881
Q7	0.109454	-.273647	-.020958	0.319000
Q8	0.160975	-.277991	0.033882	0.307167
Q9a	-.078182	-.140868	-.233081	0.362976
Q9b	0.057484	-.236612	0.194122	0.271461
Q9c	0.020343	-.204373	0.174117	0.276012
Q9d	-.229875	-.041709	-.020638	0.318932
Q9e	-.017235	-.184090	-.112881	0.338404
Q9f	0.256493	-.315573	0.158803	0.279477
Q9g	-.077720	-.146155	0.044416	0.304872
Q9h	-.207869	-.059963	-.314761	0.379168
Q9i	-.213114	-.071329	-.003246	0.315200
Q10	-.115604	-.131502	0.068229	0.299656
Q11a	-.034322	-.173702	0.103470	0.291869
Q11b	-.046674	-.166367	-.126037	0.341137
Q11c	-.269989	-.044775	-.027372	0.320372
Q11d	-.222717	-.069394	-.382120	0.392220

ANEXO 3

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36

QUESTÕES

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

1. Excelente	2. Muito Boa	3. Boa	4. Regular	5. Ruim
--------------	--------------	--------	------------	---------

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

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

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?

	Sim, dificulta muito. 1	Sim, dificulta um pouco. 2	Não, não dificulta nada. 3
Atividades que requerem muito esforço, como corrida, levantar objetos pesados, participar de esportes que requerem muito esforço.			
Atividades moderadas, tais como mover uma mesa (puxa/empurrar), varrer o chão, jogar boliche, ou caminhar mais de uma hora.			
Levantar ou carregar compras de supermercado.			
Subir vários lances de escada.			
Subir um lance de escada.			
Inclinar-se, ajoelhar-se, ou curvar-se (dobrar-se).			
Caminhar mais do que um quilômetro.			
Caminhar vários quarteirões.			
Caminhar um quarteirão.			
Tomar banho ou vestir-se.			

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

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 1	Não 2
Reduziu a quantidade de tempo que passa trabalhando ou em outras atividades		
Faz menos coisas do que gostaria		
Trabalhou ou realizou outras atividades com menos atenção do que de costume		

6. Durante as 4 últimas semanas, até que ponto os problemas com sua saúde física ou emocional interferiam com atividades sociais com 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 1	A maior parte do tempo 2	Uma boa parte do tempo 3	Alguma parte do tempo 4	Uma pequena parte do tempo 5	Nenhum momento 6
Você se sentiu cheio de vida?						
Você se sentiu uma pessoa muito nervosa?						
Você se sentiu tão “para baixo” que nada conseguia animá-lo?						
Você se sentiu calmo e tranquilo?						
Você teve muita energia?						
Você se sentiu desanimado e deprimido?						
Você se sentiu esgotado (muito cansado)?						
Você se sentiu uma pessoa feliz?						
Você se sentiu cansado?						

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 1	A maior parte do tempo 2	Alguma parte do tempo 3	Uma pequena parte do tempo 4	Nenhum momento 5
-------------------	-----------------------------	----------------------------	---------------------------------	---------------------

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

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

ANEXO 4

Resultado da aplicação do instrumento SF-36 aos pacientes em tratamento hemodialítico, Avaré-2009

Obs	CF	AF	DOR	EGS	VIT	AS	AE	SM	Dimensão A	Dimensão B	escore
1	0	0	50	50	10	50,0	0,0	52	22	34,0	26,5
2	20	25	90	35	30	37,5	0,0	20	40	19,2	32,2
3	10	0	70	60	5	62,5	0,0	76	29	46,2	35,4
4	10	0	60	30	35	12,5	0,0	44	27	18,8	23,9
5	45	0	50	80	15	50,0	0,0	56	38	35,3	37,0
6	10	0	50	55	0	50,0	0,0	60	23	36,7	28,1
7	10	0	50	75	30	37,5	0,0	72	33	36,5	34,3
8	25	25	50	85	75	25,0	33,3	100	72	52,8	64,8
9	50	0	50	70	90	37,5	0,0	72	52	36,5	46,2
10	5	25	50	50	55	50,0	0,0	32	37	27,3	33,4
11	15	0	50	60	100	50,0	0,0	84	45	44,7	44,9
12	65	0	70	85	60	50,0	0,0	68	56	39,3	49,8
13	50	0	50	80	60	37,5	0,0	80	48	39,2	44,7
14	10	0	50	85	30	50,0	0,0	52	35	34,0	34,6
15	50	0	50	80	40	25,0	0,0	92	44	39,0	42,1
16	45	0	50	90	80	50,0	0,0	48	53	32,7	45,4
17	10	0	40	25	30	25,0	0,0	48	21	24,3	22,3
18	15	0	50	80	90	25,0	0,0	88	47	37,7	43,5
19	10	0	50	65	40	50,0	0,0	12	33	20,7	28,4
20	35	0	90	60	15	50,0	0,0	60	40	36,7	38,8
21	20	0	50	10	80	37,5	0,0	84	32	40,5	35,2
22	10	0	20	75	35	62,5	0,0	32	28	31,5	29,3
23	10	0	50	70	100	50,0	0,0	96	46	48,7	47,0
24	20	0	50	65	80	50,0	0,0	64	43	38,0	41,1
25	25	0	50	75	45	37,5	0,0	76	39	37,8	38,6
26	20	0	50	5	45	37,5	0,0	40	24	25,8	24,7
27	30	0	50	10	50	50,0	0,0	52	28	34,0	30,3
28	25	0	50	55	40	0,0	0,0	64	34	21,3	29,3
29	15	0	50	35	30	50,0	0,0	88	26	46,0	33,5
30	25	0	50	70	65	25,0	0,0	76	42	33,7	38,9
31	0	0	40	35	20	25,0	0,0	44	19	23,0	20,5
32	25	0	50	85	55	50,0	0,0	84	43	44,7	43,6
33	25	0	40	70	70	50,0	0,0	36	41	28,7	36,4
34	30	0	50	65	85	50,0	0,0	56	46	35,3	42,0
35	45	0	50	80	90	50,0	0,0	100	53	50,0	51,9
36	50	0	50	70	95	37,5	0,0	80	53	39,2	47,8
37	40	0	50	85	25	37,5	0,0	32	40	23,2	33,7
38	65	0	5	20	50	62,5	0,0	52	37	38,2	37,4
39	30	0	50	60	75	50,0	0,0	52	43	34,0	39,6
40	50	0	50	85	75	50,0	0,0	68	52	39,3	47,3

ANEXO 5

Pontuação do questionário SF-36**Questão Pontuação****01** 1=>5,0

2=>4,4

3=>3,4

4=>2,0

5=>1,0

02 Mantém mesmo valor**03** Soma todos valores**04** Soma todos os valores**05** Soma todos os valores**06** 1=>5

2=>4

3=>3

4=>2

5=>1

07 1=>6,0

2=>5,4

3=>4,2

4=>3,1

5=>2,2

6=>1,0

08 Se 8=>1 e 7=>1 ==>6

Se 8=>1 e 7=>2 a 6 ==>5

Se 8=>2 e 7=>2 a 6 ==>4

Se 8=>3 e 7=>2 a 6 ==>3

Se 8=>4 e 7=>2 a 6 ==>2

Se 8=>5 e 7=>2 a 6 ==>1

Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:

1=>6,0

2=>4,75

3=>3,5

4=>2,25

5=>1,0

09 a, d, e, h = valores contrários

1=6

2=5,

$$3=4,$$

$$4=3,$$

$$5=2,$$

$$6=1$$

$$\text{Vitalidade} = a + e + g + i$$

$$\text{Saúde mental} = b + c + d + f + h$$

10 Considera o mesmo valor

11 a, c = valores normais

b, d = considerar os valores:

$$1=5,$$

$$2=4,$$

$$3=3,$$

$$4=2,$$

$$5=1$$

ANEXO 6

Cálculo do Raw Scale (0 a 100) SF -36

Nesta fase transformar os valores das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de zero a cem, onde zero é pior e cem o melhor para cada domínio. É chamado de *raw scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Questão Limites Score range

	Limite inferior	variação
Capacidade funcional: 3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10 – 30	20
Aspectos físicos: 4 (a+b+c+d)	4 – 8	4
Dor: 7+8	2 – 12	10
Estado geral de saúde: 1+11	5 – 25	20
Vitalidade: 9 (a+e+g+i)	4 – 24	20
Aspectos sociais: 6+10	2 – 10	8
Aspecto emocional: 5 (a+b+c)	3 – 6	3
Saúde mental: 9 (b+c+d+f+h)	5 – 30	25

Raw Scale:

Ex: item=[valor obtido-valor mais baixo]x100/variação (score range)

Ex: Capacidade funcional = $21-10/20 \times 100=55$

Valor mais baixo = 10

Variação = 20

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

Obs: a questão nº 2 não entra no cálculo dos domínios, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o individuo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Dados perdidos: Se responder mais de 50% = substituir o valor pela média.